

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Filosofía IV (Fundamentos y Desarrollos  
Psicoanalíticos)**



**TESIS DOCTORAL**

**Culpa: un obstáculo para la salud: la influencia que ejerce la culpa  
inconsciente e imaginaria en el origen y agravación de una enfermedad**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Denise Cristina Zandomeneghi**

Directora

Amaya Ortiz de Zárate

Madrid, 2015

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**Departamento de Filosofía IV Fundamentos y Desarrollos**  
**Psicoanalíticos**



**CULPA: UN OBSTÁCULO PARA LA SALUD:**  
**LA INFLUENCIA QUE EJERCE LA CULPA**  
**INCONSCIENTE E IMAGINARIA EN EL**  
**ORIGEN Y AGRAVACIÓN DE UNA**  
**ENFERMEDAD**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**POR Denise Cristina Zandomeneghi**

Bajo la dirección de la Doctora:  
Amaya Ortiz de Zárate

**Madrid, 2003**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA IV  
FUNDAMENTOS Y DESARROLLOS PSICOANALÍTICOS**

## **TESIS DOCTORAL**

### **CULPA: UN OBSTÁCULO PARA LA SALUD**

**La influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria  
en el origen y agravación de una enfermedad.**

**Denise Cristina Zandomeneghi**  
Doctoranda

**Amaya Ortiz de Zárate**  
Directora

**Mariano Rodríguez González**  
Tutor

Denise Cristina Zandomeneghi

**CULPA:  
UN OBSTÁCULO PARA LA SALUD.**

La influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria  
en el origen y agravación de una enfermedad.

Madrid, Marzo de 2003.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al Prof. Dr. Hugo Bleichmar, Prof. Dr. José Luis Marín y Prof. Dr. Carmelo Vázquez las esclarecedoras conversaciones sostenidas acerca de las Depresiones.

Mis agradecimientos al Prof. Dr. González Requena y al Prof. Dr. Luis Montiel por el ejemplo de amor a la investigación y principalmente por su forma esencialmente humana de abordar la vida y tratar a sus alumnos que es un ejemplo a seguir.

Debo agradecer profundamente al Prof. Dr. Pedro Chacón, al Prof. Dr. Eduardo Chamorro y al Prof. Dr. Miguel Marinas por ofrecerme la oportunidad de proseguir y concluir la presente Tesis.

Agradezco sinceramente a Pablo Rodríguez por la amabilidad, respecto y dedicación con que me orientó en los trámites legales y las gestiones oportunas.

Al fallecido Prof. Dr. Ir. Hermes Pandolfo que me asistió desde el inicio de mi carrera hasta el emprendimiento inicial de esta Tesis, mi inmenso reconocimiento y gratitud.

Deseo expresar aquí mi especial agradecimiento a la Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Amaya Ortíz de Zárate Aguirrebeña. Su suma sapiencia y asistencia, dedicación y cariño a lo largo de las investigaciones, fueron para mí un constante estímulo durante los años en los que tuvo lugar la elaboración de esta Tesis.

Es con un sentimiento especial de gratitud que me dirijo a la última persona de mi lista de agradecimientos: María Eloah, por la dedicación y transmisión de coraje durante los periodos de dificultad personal, y por la sabiduría de sus consejos.

Y, finalmente, estoy muy agradecida a todos mis pacientes, ya que sin ellos esta investigación no habría sido posible.

## Índice

Agradecimientos .....	3
Introducción .....	9
 <b>I. TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	
1) Consideraciones .....	17
2) La Depresión Según Spitz .....	21
A. Depresión Anaclítica .....	22
B. Hospitalismo .....	25
3) Trastornos Depresivos .....	28
4) Episodios Afectivos .....	30
5) Clasificación de los Trastornos Depresivos .....	31
A. T.D.M. con Episodio Único .....	31
B. T.D.M. Recidivante .....	31
C. Trastorno Distímico .....	31
D. Trastorno Depresivo No Especificado .....	37
6) Sintomatología de la Depresión .....	38
7) Depresión Patológica .....	43
8) Diagnóstico Diferencial .....	48
9) Psicopatología de la Depresión .....	54
A. Equivalentes Depresivos .....	55
a) Psíquicos .....	56
b) Corporales y Somático .....	61
B. Diagnóstico de la Depresión Enmascarada .....	69
10) Sintomatología Depresiva en la Infancia .....	70
A. Primera Infancia .....	70
B. Segunda Infancia .....	72
a) Primera Parte .....	72
b) Segunda Parte .....	73
11) El Suicidio .....	75
12) El Papel del Profesional .....	78
13) Prevención y Tratamiento de la Depresión .....	85
14) Psicoterapia de la Depresión .....	89
A. Etapas del Tratamiento .....	91
B. Tratamiento Biológico de la Depresión .....	94
a) Farmacodinámica .....	96
b) Efectos Secundarios .....	101
c) Tratamiento Combinado y Multidisciplinar .....	105

d)	Niños .....	107
e)	Suspensión .....	110
f)	Indicación .....	110
g)	Interacciones entre Fármacos .....	112
C.	Tratamiento Psicológico .....	114
D.	El Manejo Terapéutico de la Depresión .....	124
E.	Terapia Electroconvulsivante .....	133
15)	<b>Instrumentos de detección y evaluación</b> .....	135
16)	<b>Bibliografía</b> .....	138

## II. APROXIMACIONES FILOSÓFICAS

### 1) El Existencialismo y la Culpa

A.	Aportaciones de Sören Kierkegaard .....	144
a)	Presentación de la Obra de Kierkegaard .....	144
b)	Breve Biografía .....	146
c)	Cronología de Sören Kierkegaard .....	158
d)	La Enfermedad Mortal .....	160
1)	El que uno quiera ser sí mismo .....	172
2)	El que uno NO quiera ser sí mismo .....	174
B.	Bibliografía .....	178

## III. LAS DIFERENTES TEORÍAS PSICOANALÍTICAS SOBRE LA CULPA

### 1) Aportaciones de Sigmund Freud y Escuela Freudiana

A.	Presentación de la Obra de Sigmund Freud .....	179
B.	Cronología de la Vida y Obra de Freud .....	183
C.	Breve Biografía .....	190
D.	Teoría de la Fantasía .....	200
E.	El Mecanismo de Identificación .....	205
F.	El Sentimiento de Culpabilidad .....	209
a)	La Culpa Simbólica o Beneficiosa .....	213
b)	La Culpa Imaginaria o Enfermiza .....	218
G.	Bibliografía .....	241

### 2) Aportaciones de Melanie Klein y Escuela Kleiniana

A.	Presentación de la Obra de Melanie Klein .....	246
B.	Cronología de Melanie Klein (1882-1960) .....	248
C.	Aspectos Biográficos .....	252
D.	El Complejo de Edipo Temprano .....	269
E.	El Superyo Temprano .....	286
F.	Teoría de las Posiciones .....	291
a)	La Posición Esquizo-paranoide .....	293
b)	La Posición Depresiva .....	306
G.	El Sentimiento de Culpa Inconsciente .....	317



H.	Bibliografía .....	334
<b>3)</b>	<b>Aportaciones de Jacques Lacan y Escuela Lacaniana</b>	
A.	Presentación de la Obra de Jacques Lacan .....	337
B.	Cronología de Jacques Lacan (1901-1981) .....	340
C.	Breve Relato Biográfico .....	342
D.	El Culto al Padre .....	352
E.	Lo Imaginario .....	360
F.	Yo Ideal e Ideal del Yo .....	367
G.	El Estadio del Espejo .....	379
H.	Bibliografía .....	389
<b>4)</b>	<b>Otras Aportaciones Sobre la Teoría de la Culpa</b>	
A.	Aportaciones de Carlos Castilla Del Pino .....	393
a)	Vida y Obra de Castilla Del Pino .....	393
b)	La Culpa .....	395
B.	Bibliografía .....	406
<b>IV.</b>	<b>HIPÓTESIS .....</b>	<b>407</b>
<b>V.</b>	<b>HISTORIALES CLÍNICOS</b>	
<b>1)</b>	<b>Dostoyevski y la metáfora paterna .....</b>	<b>408</b>
A.	Paulina Suslova en la vida y obra del romancista .....	441
B.	Autorretrato .....	444
C.	La Psicosomatización de Dostoyevski .....	448
D.	Los Karamázov, el Parricidio y la Culpabilidad .....	458
E.	Bibliografía .....	476
<b>2)</b>	<b>El Señor G. ....</b>	<b>481</b>
A.	Bibliografía .....	595
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>599</b>
<b>VII.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.GENERAL .....</b>	<b>649</b>

**S**i pudiera vivir nuevamente mi vida. En la próxima trataría de cometer más errores.

**N**o intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.

**S**ería más tonto de lo que he sido, de hecho tomaría muy pocas cosas con seriedad. Sería menos higiénico.

**C**orrería más riesgos, haría más viajes, contemplaría más atardeceres, subiría más montañas, nadaría más ríos.

**I**ría a más lugares adonde nunca he ido, comería más helados y menos habas, tendría más problemas reales y menos imaginarios.

**Y**o fui una de esas personas que vivió sensata y prolíficamente casa minuto de su vida; claro que tuve momentos de alegría.

**P**ero si pudiera volver atrás trataría de tener solamente buenos momentos; no te pierdas el ahora.

**Y**o era uno de esos que nunca iban a ninguna parte sin un termómetro, una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas; si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano.

**S**i pudiera volver a vivir comenzaría a andar descalzo a principios de la primavera y seguiría así hasta concluir el otoño.

**D**aría más vueltas en calesita, contemplaría más amaneceres y jugaría con más niños, si tuviera otra vez la vida por delante.

**P**ero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo.

**Jorge Luis Borges.**

## INTRODUCCIÓN

*“El hombre solo alcanza la mayor victoria cuando logra superarse a sí mismo”.*

Exponer al lector la trayectoria que me condujo a esta Tesis Doctoral puede ser interesante a quien desee iniciarse en esta jornada. La idea para desarrollar esta Tesis surgió de las observaciones y dudas respecto al tratamiento de pacientes acometidos de Trastornos Mentales y enfermedades psicosomáticas.

El interés sobre la culpa surgió al principio de mis actividades como psicóloga clínica, el 1990, impulsada por la curiosidad en desvelar el “misterio” en el que muchas veces se convierte la causa de las enfermedades físicas y mentales. Los escasos e incluso inexistentes recursos teóricos respecto al manejo de la culpa en la práctica clínica corroboraron al empeño de esta Tesis. La decisión de buscar el apoyo científico fue primordial para darle la consideración correspondiente. De inicio no había un interés inclinado a realizar una Tesis Doctoral, por no existir la pretensión de llegar a tanto. No obstante, con el pasar de los años, la madurez profesional fue exigiéndome la comprensión de los mecanismos que llevan el

sujeto a enfermar por culpabilidad inconsciente e imaginaria, sea psíquica, física o aún espiritualmente, como nos habla muy espectacularmente Kierkegaard. El hecho de haberme orientado con lecturas específicas, no bastó para calmar la inquietud respecto a mis descubrimientos. Quería que mi Tesis fuese llevada adelante con el objetivo de que más profesionales pudiesen trabajar con este nuevo enfoque del problema de la culpabilidad inconsciente e imaginaria.

El tema de la culpa estuvo muy presente en los casos que he atendido en el recorrer de mi vida profesional. Coincidencia o no, más de 90% de los casos tratados tenían como núcleo causal de la enfermedad la culpabilidad inconsciente e imaginaria, por responsabilidad de ser quien es. Sobre este tema hablaré más adelante. Esto me hace recordar el proverbio ruso que dice que para un carpintero todo lo que ve en el suelo brillando serán clavos. Podríamos pensar que, como estaba interesada en el tema de la culpa, para mí todo estaría relacionado a ella. Sin embargo, al avanzar en la lectura de esta Tesis, quedará claro que no es así.

Esta tesis está basada en las proposiciones y conceptos psicoanalíticos esencialmente. La contribución del Caso Clínico contiene la mayor parte de lo que observé durante muchos años de actividades laborales con numerosos pacientes. Con la finalidad de organizar esta investigación y de interpretar los resultados, utilicé los diferentes enfoques psicoanalíticos respecto la culpa, desde el existencialista y pre-psicoanalítico de Kierkegaard, pasando como no podía dejar de ser por el gran maestro del psicoanálisis, Sigmund Freud. Revisar la evolución

de las ideas de Freud sobre la culpabilidad y su relación con las enfermedades, seleccionando los textos de sus obras cuyas aportaciones al estudio de la culpa contribuyeron al esclarecimiento de las hipótesis planteadas. El objetivo era rastrear toda la obra de Freud, de forma que no existiera ningún texto donde la palabra “culpabilidad” estuviera nombrada, aunque fuera una sola vez, que no fuera leído con detenimiento y posteriormente seleccionarlos o desecharlos según el grado y naturaleza de sus aportaciones. Asimismo se revisaron todos aquellos textos en los cuales suponemos que, por la naturaleza de su contenido, se podría encontrar información útil para nuestros propósitos, aunque en apariencia no guardaban relación directa con el tema de la culpabilidad. Freud concibió una serie de ideas originales que varias generaciones de sus discípulos se empeñaron en confirmar y elaborar.

Revisamos detalladamente la teoría de Melanie Klein, la de Lacan y por último, el enfoque actual de Castilla Del Pino, con el mismo esmero con que nos dedicamos a las obras de Freud. Me resultó excepcionalmente interesante incluir la obra de Dostoyevski, *Los Hermanos Karamázov*, como ilustrativo de la culpa inconsciente e imaginaria. No es un análisis del sujeto de Dostoyevski, pero sí de una obra, con la que poner a prueba mi teoría y extrapolarla a un texto más amplio. El método de investigar en textos contemporáneos las aportaciones teóricas relacionadas con la culpabilidad y sus presupuestos terminaron por posibilitar la puesta en práctica de las hipótesis planteadas.

Investigar la vida de brillantes autores como Kierkegaard, Freud, Melanie Klein, Lacan y Castilla Del Pino contribuyó a comprender los enfoques teóricos sobre la culpabilidad inconsciente e imaginaria. Comprender la ligazón entre teoría y vida real es semejante al trabajo psicoanalítico de analizar al paciente Sr. G.: relacionando la teoría con la vida del sujeto. Fue con profunda satisfacción que tuve la oportunidad de sumergirme en las particularidades de estos maestros.

El tema de la culpa fue abordado desde épocas remotas, principalmente en el enfoque moral, ético y religioso, faltándonos a nosotros clínicos de la salud mental, la implicación de la culpa directamente en la salud, independientemente de lo ético, lo moral o lo religioso, y sí en el contexto del inconsciente y de lo imaginario.

Teniendo en cuenta las frecuentes controversias sobre la influencia de la culpa inconsciente e imaginaria en la salud, deseábamos confirmar hasta qué punto estas diferencias existen y pueden afectar la personalidad o la salud del individuo. Con este problema en mente, nos empeñamos en incluir como caso modelo un paciente que llenara los quesitos de que necesitábamos para ejemplificar detalladamente nuestra Tesis. Teníamos condiciones de elegir entre cientos de casos de pacientes que se nos presentaron en la clínica desde que empezamos nuestras actividades laborales el 1990.

Para la parte principal de nuestro estudio nos limitamos al así llamado método clínico, en que pocos sujetos seleccionados son estudiados intensivamente. La complejidad del problema exigía que eligiéramos un sujeto que fuera analizado profunda y extensamente. Nos servimos del Caso Clínico del Señor G., que ejemplifica a la perfección el tema tratado en esta Tesis. No escatimamos esfuerzos para incluir el máximo número de sesiones a fin de llegar a resultados significativos de este análisis. Nos esforzamos por asegurar un registro objetivo y fidedigno de nuestras observaciones e impresiones que nos permitiese analizar en detalle nuestra observación del fenómeno de la culpa inconsciente e imaginaria.

Frente a la naturaleza de los problemas a ser investigados, establecimos como norma fundamental en nuestro método que el sujeto-modelo debería presentar todos los requisitos necesarios a la comprobación de las hipótesis.

Muchos creen que el tema de la culpa es un tema por demás agotado, sin interés para la salud y mucho menos para la psicología. No obstante, a nosotros nos parece una equivocación terrible, ya que la culpa representa el núcleo causal de una gran mayoría de los casos de enfermedades psicosomáticas, depresiones y otros trastornos mentales.

Repensar la culpa, es sin duda sumergirse en una de las más inquietantes cuestiones que gobiernan el Ser Humano. Marcando la humanidad

desde su creación, objeto de la esencia de toda preocupación religiosa, ha inquietado a los filósofos, y a través de la tragedia de Sófocles penetra en el pensamiento freudiano. A partir del estudio del complejo de Edipo, Freud imaginó la posibilidad de liberrar al hombre de la culpa, del mismo modo que pretendieran filósofos como Marx, Nietzsche, y tantos otros.

Parécenos importante esclarecer qué es lo que entiendo por culpa inconsciente e imaginaria, para que el lector se familiarice con el rumbo de los pensamientos que conducen la investigación. El tema de la tesis - *"La influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria en el origen y agravación de una enfermedad"* - está centrado en la culpa verdaderamente problemática, por afectar directamente la representación del Yo (no eres culpable de haber hecho o no algo, sino de ser o no ser algo) y difícilmente accesible a la conciencia, por ser inconsciente e imaginaria.

El capítulo V, en el primer Apartado respecto a Dostoyevski, se hace un análisis de un Caso en el que la escritura permite la concienciación de los sentimientos de culpa que resultan penosos para el sujeto y que terminarían enfermándolo. Sirve únicamente como ejemplo de los temas que constituyen la "escritura" de un magnífico autor y además, un excelente psicólogo. He decidido hacer un análisis de Dostoyevski con enfoque en los efectos del sentimiento de culpabilidad del autor en la agravación de su enfermedad y en cómo representó



esto en el obra *Los Hermanos Karamazov*. Me pareció oportuno equiparar los dos casos por las coincidencias y como forma de confirmar mi teoría.

Todos nosotros creamos nuestras propias realidades, individual y colectivamente. Creamos lo que queremos experimentar conscientemente. El poder de la culpa es muy penetrante, y puede ser incluso cruel, destructivo y sofocante. Nosotros somos responsables de todas nuestras experiencias, y se puede decir que casi toda la enfermedad es creada por uno mismo. Tenemos una capacidad inherente de crear nuestra propia realidad. Por consiguiente, es esencial entender cómo los mecanismos de nuestra propia culpa desenreda el significado de nuestras vidas. Hay muchas razones por las que las enfermedades se desarrollan en el cuerpo humano. Hay tantas circunstancias atenuantes y condiciones que una alma puede haber experimentado, que yo creo que cada enfermedad es única en términos de su significado para la persona enferma.

Para finalizar, nos parece muy oportuno citar el guión de Sartre sobre la película “Freud” de John Huston:

*Desde tiempos remotos hubo tres grandes mudanzas en la manera de verse a sí mismo del ser humano. Tres grandes golpes fueron deferidos en nuestra vanidad. Antes de Copérnico, pensábamos ser el centro del Universo y que los cuerpos celestes giraban alrededor de la Tierra. Pero el gran astrónomo deshizo esta pretensión. Tuvimos que admitir que nuestro*

*planeta era uno de los muchos que giraban en torno del Sol. Y que hay otros sistemas solares más allá del nuestro en mundos incontables. Antes de Darwin el hombre pensaba ser una especie única, separada y aislada del reino animal. pero el gran biólogo nos ha hecho ver que nuestro organismo es el producto de un proceso evolutivo, cuyas leyes no son diferentes de las de otras formas de vida animal. Antes de Freud, el hombre pensaba que lo que decía y hacía era producto de su voluntad consciente, solamente. Pero el gran psicólogo reveló otra parte de nuestra mente funcionando en secreto que puede hasta incluso controlar nuestras vidas. Esta es la historia del viaje de Freud a una región casi tan negra cuanto el propio infierno - el inconsciente del hombre - y de cómo él lo iluminó.*

## I. TRASTORNOS DEPRESIVOS

*“Cualquier cosa que arroje luz sobre el Universo, cualquier cosa que nos revele a nosotros mismos, debería ser bienvenida en este mundo de acertijos”.*

*Magick Aleister Crowley*

### 1) Consideraciones

El hombre se deja abatir por la tristeza, por creer en el momento en que sufre, en la interminabilidad del dolor. Respondemos con temeridad y tristeza a las intemperies de la vida y, con esto, tornamos enfermizo nuestro propio ser. Así, podemos equiparar la vida con las cuerdas de una guitarra: si las estiramos demasiado ellas no tocarán, inclusive se pueden romper, de otra forma, si las dejamos demasiado flojas, tampoco tocarán. Encontrar el equilibrio individual y personalizado, es una tarea que cabe a nosotros para que tengamos una vida de sentidos renovados.

Desde Hipócrates, aproximadamente 470-370 a.C., la depresión es reconocida clínicamente. Hipócrates acreditaba que la enfermedad era el resultado

de un desequilibrio del humor y utilizó el término “melancolía” para denominar los estados de abatimiento, inhibición y tristeza<sup>1</sup>.

Tellenbak, en su libro titulado “Melancholie” (1974) nos ha dado importantes contribuciones para el actual DSM-IV. Dentro de su perspectiva fenomenológica-antroposófica, Tellenbak<sup>2</sup>, planteó un modelo explicativo de la génesis de la depresión, y describió un tipo de personalidad melancólica de características significativas para la calificación del cuadro de Trastorno Distímico. Características como la fijación y mantenimiento de la vida entre límites difícilmente transcendidos, la minuciosidad y deterioro de las relaciones interpersonales, fácilmente pueden llevar al individuo a la cronicidad.

Kraepelin<sup>3</sup> entendía la melancolía como todos los casos de excesos en la afectividad, cambiando el término melancolía por el de maníaco-depresivo. Incluía en este término lo que denominamos Depresión Mayor, Distimia, Trastorno Bipolar o Ciclotimia. Hasta el Siglo XIX, el término diagnóstico más utilizado fue melancolía, al paso que al final del siglo pasado, pasó a llamarse depresión.

La depresión clínica es un problema grave de salud. Es una enfermedad que afecta a la persona como un todo y puede ser tratada. Las enfermedades depresivas frecuentemente interfieren con el desempeño normal y

---

<sup>1</sup> Vázquez y Sanz, 1995, pág.300 y 301.

<sup>2</sup> Citado por Lahortiga y cols., 1994, pág.123.

causan sufrimiento no solamente a aquellos que están enfermos, sino también a los que le quieren. La depresión puede destruir la vida familiar, así como la del propio paciente. Cuando se tienen ideales grandiosos uno se siente impotente. El ideal comparado con lo que es la realidad produce el sentimiento de culpa, de vergüenza, etc. El individuo vive un sentimiento de inferioridad, un sentimiento de incapacidad, como el “yo no puedo”.

Toda condición en la infancia en la que nosotros nos sentimos impotentes frente al vínculo con el otro, genera un sentimiento de impotencia. El mayor sentimiento de impotencia es: “no me puedo comunicar”, “no puedo hacerle quererme”. Experiencias traumáticas llevan al estado de impotencia. Los sentimientos de impotencia que se produjeron en la infancia crean en la mente una fijación, después de eso, cualquier hecho que haga al individuo sentirse impotente, lo llevará a la depresión. La persona termina creando una imagen de sí mismo de impotente. Ya la agresividad en la depresión puede ser secundaria al sentimiento de impotencia. El individuo al verse impotente de hacer algo, produce la agresividad. Entonces me viene la pregunta: ¿cuál es la teoría de la cura? ¿Cómo modificar esto?

Se puede decir que hay cinco condiciones que permiten salir de la depresión: la primera es cuando las aspiraciones narcisistas parecen estar nuevamente al alcance - “fracasé en esta situación pero ya haré algo”. Uno sale de

---

<sup>3</sup> Vázquez y Sanz, 1995, pág.300 y 301.

la depresión por imaginar una salida, cuando se “tienen problemas pero los solucionaré”. Las aspiraciones narcisistas están a su alcance. Se sale de la depresión cuando las aspiraciones narcisistas se reducen para ser realizables. Hay gente que tiene expectativas megalomaniacas grandiosas y después se encuentra con la realidad. Surgen fantasías de realización personal difíciles de ser realizadas. Se logra salir de la depresión cuando el Yo se recupera del trauma a través de los mecanismos, cuando las defensas se dirigen contra el aspecto depresivo y también aumentando los recursos para alcanzar las metas.

La depresión es una representación de la impotencia. El Superyo el Ideal del Yo y el Yo Ideal, en una concepción crítica, puede conducir al individuo a un compararse y sentirse mal. “El otro no me provee” - es una posición paranoide - “no es que yo no valga es que el otro no me complace, no me valora”. Si la persona se juzga por un solo componente - “trabajar o no trabajar”, estará sujeta a una depresión: “si no tengo trabajo yo nada valgo”. Si la autoestima y la aceptación del individuo alcanza un logro, este algo a que aspira se hará realidad. A veces el otro interviene con una imagen global y valorizada. Si una persona es monotemática esto dificulta a invertir en otros recursos. Hay gente que está sometida al otro y otras personas están sometidas a metas tiránicas.

## **2) La Depresión Según René Spitz**

René Spitz, en 1935, inició investigaciones sistemáticas en psicología psicoanalítica infantil, sirviéndose de observaciones directas. Observando las relaciones objetales del bebé con su madre, Spitz hizo descubrimientos esenciales sobre los fenómenos patológicos de la infancia ligados a los disturbios de la relación diádica madre-bebé cuando es insuficiente cualitativa o cuantitativamente. Demostró que un niño necesita cariños físicos reales para sobrevivir. Considerando el factor nosogénico como cuantitativo - el principal responsable de enfermedades de carencia afectiva - dijo que el daño sufrido por el niño privado de su madre, será proporcional a la durabilidad de la privación.

Según este autor, cuando hay un disturbio en las relaciones objetales surgen patologías que se definen como Disturbios Psicotóxicos - cólico del tercer mes, eczema infantil - y las Enfermedades de Carencia Afectiva del Bebé, distinguiendo dos categorías de esta privación afectiva: la Depresión Anaclítica y el Hospitalismo.

#### **A. La Depresión Anaclítica**

Spitz<sup>4</sup> crea un nuevo concepto de Depresión, siguiendo a Freud en *"Introducción al Narcisismo"* y su concepto de objeto anaclítico: la Depresión Anaclítica. Es la Depresión cuando ocurre una privación afectiva parcial en el primer año. Es la depresión del niño que no puede establecer una relación suficiente con un objeto constante. Es un disturbio causado por la separación del niño de su objeto libidinal, por la pérdida del objeto de amor. Además lo pone en relación con ciertas somatizaciones, lo que sirve muy bien para apoyar nuestra hipótesis de la conexión entre la depresión causada por una culpa inconsciente, primitiva, profunda, y ciertas manifestaciones corporales. Todos los niños tienen una experiencia en común: todos han sido privados de sus madres por un período ininterrumpido de tres meses. Antes era la madre quien cuidaba del niño y después de separados de sus madres terminaron desarrollando el síndrome anteriormente descrito y, los que no fueron separados no desarrollaron este síndrome.

Spitz distingue dos tipos de depresión: la Depresión Anaclítica y la Depresión Introyectiva. La Depresión Anaclítica se refiere a la persona que tiene su valoración a partir de la valoración del otro. Caracterízase por presentar sentimientos de soledad, desesperanza, debilidad, miedo crónico de ser abandonado y búsqueda desesperada de substitutos. Son personas que si el objeto de amor las llama no se deprimen y, si no las llama se deprimen. Tienen el aparato

---

<sup>4</sup> Spitz, René, 2000, *"O Primeiro Ano de Vida"*.



psíquico poco estructurado y está valorado por el objeto externo. Son personas que se apoyan en el otro, y por eso susceptibles de terapia de apoyo. Otras características hacen parte de este síndrome en los niños: presentan un comportamiento de llanto, retraimiento, permanecen de bruces en la cuna y esconden el rostro como una negativa a participar de la vida. Otros síntomas como la pérdida de peso, insomnio, susceptibilidad a gripes intermitentes, retraso en el desarrollo de la personalidad, rigidez en la expresión facial, mirada distante y atraso motor generalizado, también integran este cuadro clínico. La sintomatología de los niños separados de sus madres es extraordinariamente similar a los síntomas que conocemos de la depresión en adultos.

El niño que sufre de Depresión Anaclítica permanece privado de su madre sin haber recibido un sustituto por un periodo superior a cinco meses. Pasados tres meses de separación todos los síntomas se tornan más estigmatizados y se consolidan. Si durante este período de transición la madre retorna, la mayoría de los niños se recupera. No obstante, cuando la separación supera cinco meses, la sintomatología cambia radicalmente y se incorpora a lo que este autor denominó de Hospitalismo.

La Depresión Introyectiva depende de la valoración del Superyo. Su valoración interna es la que comanda. Las normas ideales no están internalizadas. Tienen normas y valores muy claros, y se juzgan de acuerdo con ellas. Caracterízase por presentar autocrítica intensa, miedo crónico al fracaso, miedo

crónico al rechazo, perfeccionismo, son autocríticos, exigentes e hipercompetitivos. Son personas que se deprimen cuando no logran satisfacer las metas del Superyo. Esta persona deja la pareja cuando consigue los logros de sus metas. En este caso débese hacer una terapia de análisis del Superyo.

El estado depresivo es dominado por pensamientos destructivos: “yo no valgo, nadie me quiere, yo no puedo” y es determinado por la inhibición y la desactivación. Caracterízase por ciertas ideas que producen determinados afectos que generan una disminución de la motivación por la actividad. Frente al estado doloroso de este sufrimiento, se ponen en marcha movimientos restitutivos, que son intentos de salir de la depresión, utilizando la agresividad, sexualidad, drogas, u otra forma cualquiera. La agresividad forma parte del cuadro depresivo, como un intento de salir de dicho estado.

## **B. Hospitalismo**

Recibe el nombre de "hospitalismo infantil"<sup>5</sup>, el síndrome de deterioro progresivo que aparece en los niños hospitalizados desde los primeros días de su vida y que no puede atribuirse ni a afecciones, ni a deficiencias higiénicas, sino al trato impersonal recibido. Spitz nos describió este síndrome - de privación afectiva total de pronóstico grave - tras estudios comparativos realizados en lactantes con y sin madres, por lo que hoy conocemos las alteraciones somáticas sobre la inteligencia y la personalidad que el síndrome puede dejar como secuelas.

La enfermedad y la hospitalización originan una crisis en la vida del niño. En el hospital los niños deben enfrentarse a un ambiente extraño, a una serie de cuidadores no familiares y a la interrupción de su modo de vida. Con frecuencia son sometidos a procedimientos dolorosos, a pérdida de independencia y a una interminable sucesión de desconocidos. Su interpretación de los acontecimientos, sus respuestas a la experiencia y el significado que asignan a estas experiencias están directamente relacionados con su grado de desarrollo. Por lo tanto a fin de cubrir las necesidades de los niños hospitalizados es esencial que se conozca el crecimiento y el desarrollo normales, incluyendo una comprensión del proceso cognitivo de los niños y del significado que tiene la propia hospitalización para los niños de todas las edades.

---

<sup>5</sup> El nivel de organización psíquica alcanzado en este momento permite al niño diferenciarse del mundo externo y establecer intercambios más complejos que los precedentes.

Spitz, a través de sus investigaciones, tornó fácil identificar no sólo las diversas fases psicológicas por las que está pasando el niño, como también verificar si, de alguna forma, está o no siendo privado de su derecho básico de afecto, llevando a orientar a los padres y la escuela a proveer de ese afecto.

Las madres que trabajan encuentran en la etapa de los 8 meses, mayor dificultad para dejar a su hijo al cuidado de otras personas. Su bebé, que hasta ese momento se quedaba tranquilo con quien lo cuidaba, ahora rompe en llantos terribles al comprobar que su mamá se ha ido. No menos difícil es para quien no trabaja, ya que la alta demanda del bebé suele provocar muchas veces sensaciones de agobio y deseos de recuperar espacios personales.

Con la adquisición del lenguaje, será el niño quien podrá darle significación a sus demandas a través de las palabras. El llanto dejará de ser la única forma de comunicación, para pasar ahora sí a expresar aflicción, frustración, miedo o dolor. En muchos casos, esta forma no se abandonará totalmente. Será importante que los papás lo ayuden a expresar genuinamente sus emociones, y que el llanto no pase a ser únicamente una expresión de rabietas.

En toda la depresión existe el sentimiento de impotencia y desesperanza en la realización del deseo al cual el sujeto está fijado. Se puede llegar al estado de impotencia a través de la agresividad, agresividad ésta capaz de producir depresión porque genera culpa. Cuando la agresividad es dirigida a la

fantasía contra la representación del objeto y del Yo, es un intento de mostrar que el objeto es inadecuado. La agresividad se origina en el narcisismo, y está dirigida a él. El ataque al objeto representa el deterioro y la pérdida del objeto como valorizado.

¿Qué función cumplía este objeto para el psiquismo? Puede que el objeto fuera utilizado para equilibrar la autoestima. El objeto cumple una función sostenedora para el aparato psíquico. Si el objeto era útil para mantener la posición narcisista, cumple la función de mantener la autoestima del individuo. Si el objeto es una posición narcisista existe una contaminación del Yo con la desvalorización del objeto. El objeto narcisista sostiene una función de alimentar la autoestima por ser este objeto un - “objeto de la actividad narcisista y/o erótica” - deterioro o pérdida de las funciones del Yo. La culpa puede producir agresividad y consecuente depresión. La agresividad produce depresión como consecuencia de la culpa y se puede producir con la identificación con los padres que son depresivos. El padre depresivo perturba al hijo con el sentimiento de ineficacia. El sentimiento de eficacia, de potencia, tiene su origen en el sentimiento del niño de ser capaz de provocar el sentimiento del otro. Seguramente este hijo tendrá un carácter depresivo.

### **3) Trastornos Depresivos**

El Trastorno Depresivo es el trastorno más frecuente de la clínica. Cuando un psicólogo o médico psiquiatra, abre la consulta cada día, sabe que la mitad de los pacientes que están citados en la consulta padecen de un trastorno del estado de ánimo, que es como se llama hoy en el DSM-IV a los “Trastornos Depresivos”.

Vamos a revisar rápidamente los Trastornos del Estado de Ánimo:

Actualmente se llaman Trastornos del Estado de Ánimo, lo que hace algunos años se llamaban afectivos, y son clasificados en dos tal y como los entiende la Asociación Americana de Psiquiatría:

TRASTORNOS DEPRESIVOS	TRASTORNOS BIPOLARES
Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único	Trastornos Bipolares Tipo I
Trastorno Depresivo Mayor Recidivante	Trastornos Bipolares Tipo II
Trastorno Distímico	Trastorno Ciclotímico
Trastorno Depresivo No Especificado	Trastorno Bipolar No Especificado

Luego el DSM-IV con respecto al DSM-III R, DSM-III y DSM-II de otras ediciones, introduce una serie de diagnósticos interesantes como es el Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, ya que muchos medicamentos y drogas utilizados en el tratamiento de enfermedades médicas producen depresión.

La etiología de la depresión es múltiple, multicausal y muy variada. Se han involucrado, por lo menos, cuatro grandes grupos de factores en la formación del estado depresivo, que ejercen una influencia distinta para cada persona: factores genéticos (no se puede negar hoy la predisposición genética para plantear un trastorno depresivo), factores fisiopatológicos (relacionados con trastornos corporales o enfermedades), factores puramente psíquicos y, factores socioculturales.

#### **4) Episodios Afectivos**

Seguramente no se puede olvidar que los Episodios de Humor sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. Los criterios de la mayoría de los Trastornos del Estado de Ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos. Se clasifican en:

<b>EPISODIOS AFECTIVOS</b>	
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>	Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas: estado de ánimo depresivo; y pérdida del interés o de la capacidad para el placer la mayor parte del día, casi cada día; pérdida o aumento importante de peso; insomnio o hipersomnia; agitación o retardación psicomotrices; fatiga; sentimientos de inutilidad o culpa; dificultad de concentración, indecisión; ideación suicida.
<b>EPISODIO MANÍACO</b>	Periodo de un estado de ánimo anormal, expansivo o irritable, que dura al menos una semana en la que han persistido tres o más de los siguientes síntomas: autoestima exagerada; disminución de la necesidad de dormir; verborrea; fuga de ideas con pensamientos acelerados; distraibilidad; agitación psicomotora o hiperactividad; implicación excesiva en actividades placenteras de consecuencias graves.
<b>EPISODIO MIXTO</b>	Presencia de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor cíclicamente.
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>	Persistencia de al menos 3 de los síntomas de un Episodio Maníaco durante al menos 4 días, con la excepción de que no es lo suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o un cambio inequívoco de actividad.

## 5) Clasificación de los Trastornos Depresivos



Clasificar la depresión según las diferentes reacciones o actitudes del enfermo me parece bastante interesante. Fue lo que hizo Cluster (Grinker, 1961) definiendo cuatro tipos de depresión: la inhibida que denota hipoactividad; la agitada traduciendo en hiperactividad; la hipocondríaca, con manías de remedios y la destructiva, que se manifiesta por agresividad, irritabilidad, suicidio y autoagresión. De acuerdo con el DSM-IV los Trastornos Depresivos se clasifican en:

**a) Trastorno Depresivo Mayor con Episodio Único:** Se caracteriza por la presencia de un único EDM; no relacionado a una Esquizofrenia u otros Trastornos Psicóticos; ausencia de Episodio Maníaco o Episodio Mixto (Exclusión si son inducidos por sustancias, tratamientos o enfermedad médica).

**b) Trastorno Depresivo Mayor Recidivante:** Se diagnostica por la presencia de dos o más EDM; ausencia de un Episodio Maníaco, Mixto o Hipomaníaco; y, no relacionado a una Esquizofrenia o otros Trastornos Psicóticos.

**c) Trastorno Distímico:** Dentro de los Trastornos Depresivos, el cuadro con más riesgo de suicidio es el Trastorno Distímico. Los pacientes se sienten inadecuados y les falta confianza en sí mismos. Es una enfermedad caracterial difícil de tratar y forma parte de la personalidad de la persona. Aspectos históricos y nosológicos nos reportan al alemán Kahlbaum, quien hizo la primera descripción moderna de la Distimia en 1863: una depresión sin

antecedentes de manía y de larga duración<sup>6</sup>. Es una depresión subjetiva: el enfermo se siente depresivo. Según Renato Mezan, la Distimia puede ser un medio de tornar soportable el dolor emocional<sup>7</sup>.

De manera general se puede decir que la Distimia es un Trastorno Depresivo significativamente distinto de los demás. Son personas que llevan sus vidas bajo un estado depresivo casi constante, que para Weissman y cols. (1988) puede ser residual o previo de la Depresión Mayor. Para Kraepelin, la Distimia estaría caracterizada clínicamente como una depresión no circular, una forma de enfermar donde no se alternarían estados de depresión y manías y con un estado de humor únicamente deprimido<sup>8</sup>. En el año 1968, el DSM-II definía la Distimia como una depresión crónica dentro del carácter de desorden de los sentimientos. El DSM-III determinó que toda depresión crónica que durase más de dos años, independiente de ser un desorden de personalidad o de sentimiento, llevaría la terminología de Distimia. Auxiliando en la clasificación diagnóstica, el DSM-III R puso la Distimia y la Ciclotimia en la categoría afectiva. El ICD-10 define la Distimia como una depresión crónica de sentimientos<sup>9</sup>.

En el actual DSM-IV (1995), está incluida en la categoría de Trastorno de Estado de Humor, Depresivo, de tipo Distímico. La Distimia es definida como un estado de ánimo crónicamente depresivo, la mayor parte del día, la mayoría de

---

<sup>6</sup> Freeman, 1994, pág. 119 y 120.

<sup>7</sup> Renato Mezan, 1997, pág. 68.

<sup>8</sup> Vázquez, 1995, pág. 301.

<sup>9</sup> Freeman, 1996.

los días, manifestado por el sujeto y observado por los demás durante al menos dos años, con presencia de al menos tres síntomas de depresión como la baja autoestima, fatiga, insomnio y pérdida del apetito, dificultad para concentrarse o tomar decisiones; con ausencia de Episodio Maníaco y de Trastorno Psicótico Crónico, que no sea debido a efectos fisiológicos y que causen significativo deterioro social. El sujeto de tipo Distímico no ha estado libre de síntomas durante más de dos meses seguidos y no ha tenido nunca Episodio Maníaco o Hipomaníaco. Denota ausencia de episodio depresivo mayor en los dos primeros años del trastorno y ausencia de criterios para trastorno Ciclotímico. Solamente es caracterizado como Distimia, después de haber verificado si los síntomas no forman parte de un Trastorno Psicótico como Esquizofrenia o Trastorno Delirante y, cuando no fueren debido a efectos fisiológicos de una sustancia como medicamentos, drogas o condición médica general, como el hipotiroidismo.

No será considerado diagnóstico de Trastorno Distímico, siguiendo preceptos del DSM-IV, cuando los síntomas incluyen un Episodio Depresivo Mayor durante los dos años iniciales (considerar que todos los criterios para Episodios Depresivos sean satisfechos). En este caso el diagnóstico es de Trastorno Depresivo Mayor, crónico. Cuando todos los criterios para un Episodio Depresivo Mayor no estén cumplidos actualmente, considerase como Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, en remisión parcial. Después de dos años iniciales de Trastorno Distímico, Episodios Depresivos Mayores pueden sobreponerse a ello y, en estos casos se diagnostica tanto Trastorno Depresivo Mayor como Trastorno

Distímico. No es un Episodio y sí una enfermedad continua. En los casos en que no son ya satisfechos los criterios para EDM, y persisten los síntomas Distímicos, se considera el diagnóstico de Trastorno Distímico. Otra característica diagnóstica importante se refiere al deterioro social y laboral, en que los síntomas depresivos provocan significativo sufrimiento y déficit en el funcionamiento social ocupacional. La introversión, el vivir encerrado en sí mismo y la dificultad en levantarse por las mañanas incrementan esta particularidad diagnóstica.

Características descriptivas principales asociadas al Trastorno Distímico que coinciden con los síntomas de EDM: estado de ánimo depresivo y pérdida del interés o de la capacidad de placer<sup>10</sup>.

Otros síntomas que caracterizan el Trastorno Depresivo son: presencia prominente de sentimientos de inadecuación, pasividad, baja autoestima, falta de autoconfianza - el individuo se siente desgraciado, evalúa las cosas por lo bajo<sup>11</sup>. Características neuróticas de personalidad<sup>12</sup>, rasgos de desconfianza, suspicacia, pesimismo, actitud negativa hacia la vida (hipercriticismo: nada les parece bueno), irritabilidad, hostilidad y baja tolerancia a la frustración<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> DSM-IV - Breviario, 1995, pág.162.

<sup>11</sup> Vázquez, 1995, pág.313.

<sup>12</sup> Boyce y cols., 1990, pág.1476.

<sup>13</sup> Bonine, 1975; Matsek y Feil, 1983, citados por Lahortiga, 1994, pág.122.

Pocos estudios han sido hechos con respecto al curso de la Distimia. Estudios hechos por González Romá<sup>14</sup> demostraron que los Distímicos presentaban bajas tasas de recuperación cuando eran comparados a los pacientes con Depresión Mayor. En un índice de 40% al cabo de un año para los Distímicos y 75% para los Depresivos Mayores. La recuperación de un individuo con Distimia que precede al inicio de una depresión Mayor, es significativamente baja y tiene propensión a episodios futuros más frecuentes.

Epidemiológicamente, estudios efectuados en diferentes países han demostrado que la depresión es mucho más frecuente de lo que se pensaba y que la Distimia a pesar de haber sido menos estudiada, presenta una cifra epidemiológica aproximada de 3%<sup>15</sup>.

Weissman<sup>16</sup> conceptúa la Distimia como una manifestación leve de la Depresión Mayor, distinguiendo dos teorías con respecto a la Distimia: 1) es un estado residual de la Depresión Mayor y; 2) puede ser previo a la Depresión Mayor. La Distimia es un tipo de Trastorno Depresivo más frecuente en mujeres adultas, menores de 65 años, no casadas y de ámbito urbano<sup>17</sup>. Vázquez apunta que el nivel socioeconómico no afecta las tasas de aparición del cuadro Distímico. Ya Weissman observó que el nivel de renta influye solamente en mujeres jóvenes. Es

---

<sup>14</sup> Citación de Vázquez, 1995, pág. 315.

<sup>15</sup> DSM-IV, 1995, pág. 331.

<sup>16</sup> Weissman y cols., 1988, pág. 815.

<sup>17</sup> Vázquez, 1995, pág. 317; Weissman y cols., 1988, pág.817.

una enfermedad de inicio temprano. Suele comenzar en la infancia o adolescencia en ambos sexos. En la edad adulta existe una alta interacción con el sexo, dado que las mujeres tienen índices más elevados que los hombres en la fase de 45-65 años. Por debajo de los 65 años, las mujeres no casadas son las que indican un alto nivel de Distimia.

Las personas Distímicas visitan con más frecuencia al médico que las personas no acometidas de Depresión. Se puede conjeturar la idea de que las mujeres de edad entre 45 y 65 años tienen un índice más alto en Distimia porque estarían en una fase de vida más cuestionadoras y por lo tanto, más rumiativas. Obtener datos fidedignos de los pacientes Distímicos no es un trabajo fácil ya que éstos ya se acostumbraron con sesgos de vivir en una situación de abatimiento y tristeza constantes y se encuentran desmotivados. Por esto es importante contactar con familiares y amigos del paciente para completar los datos no identificados por el paciente.

**d) Trastorno Depresivo no Especificado:**

<b>TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL</b>	Los síntomas como el estado de ánimo depresivo, ansiedad importante, labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades, se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio
---	--

	de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que estar ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.
<b>TRASTORNO DEPRESIVO MENOR</b>	Episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
<b>TRASTORNO DEPRESIVO BREVE RECIDIVANTE</b>	Es un trastorno por el cual el paciente suele estar deprimido con todos los criterios del Episodio Mayor, pero por breves espacios de tiempo, es decir, son episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales), y que desaparecen espontáneamente para volver a aparecer pasado un cierto tiempo.
<b>TRASTORNO DEPRESIVO PÓSPSICÓTICO EN LA ESQUIZOFRENIA</b>	Un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
<b>EDM SUPERPUESTO</b>	Episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un Trastorno Psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
<b>DIFICULTAD DEL CLÍNICO</b>	Hay un trastorno depresivo, pero el clínico es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

## 6) Sintomatología de la Depresión

Para una exploración diagnóstica adecuada hay que buscar en el DSM-IV y CIE-10 los síntomas clínicos y los criterios diagnósticos para aumentar la

fiabilidad del juicio diagnóstico. El propósito de esto es justamente proporcionar al terapeuta una descripción clara de las categorías diagnósticas. Algunos creen conveniente y útil elegir una o dos de las escalas de evaluación, como la de Beck<sup>18</sup>. No se puede olvidar la importancia que tiene la habilidad terapéutica del profesional al tratar de analizar al paciente durante las entrevistas iniciales. Además hay que tener en cuenta que obtener información de una persona deprimida no resulta siempre fácil y tampoco el DSM-IV o el ICD-10 nos indica cómo hacer la exploración, evaluación o revalorización de los síntomas. El terapeuta debe servirse de la empatía como su principal herramienta para obtener informaciones de un paciente depresivo. No se debe olvidar que el trabajo indagatorio de la Distimia debe centrarse en episodios actuales y pasados<sup>19</sup>.

Los síntomas clínicos de la depresión son:

**a) Humor Disponible o Disfórico:** pérdida de interés o de satisfacción en todas o casi todas las actividades y pasatiempos usuales incluyendo la actividad sexual. A esto es a lo que llamamos “humor disfórico”. Se expresa como ánimo deprimido, tristeza persistente, irritabilidad, desesperanza, preocupación, pesimismo. El paciente no viene a la consulta diciendo las buenas tardes y que está disfórico. El paciente dice que está deprimido o triste, que tiene una sensación de vacío, pero puede ser también que esté irritable o que esté

---

<sup>18</sup> Sugeridas y apoyadas por Senra y Heresi, 1995; Vázquez y Sanz, 1995.

<sup>19</sup> Vázquez, 1995, pág. 319.



desesperado o preocupado. La irritabilidad puede ser una forma de depresión, como la desesperanza y la preocupación excesiva.

**b) Alteraciones del Apetito y del Peso:** deberá observar si el síntoma de pérdida o aumento del apetito es debido a la ingestión de sustancia, enfermedad o conducta alimentaria inadecuada y alteraciones del apetito y del peso, por defecto o por exceso. Clásicamente se ha reconocido la Anorexia como un síntoma de la depresión. Más recientemente se incorpora también el Episodio Bulímico.

**c) Trastornos del Sueño:** débese valorar en el insomnio si el patrón de sueño es diferente al de antes de estar deprimido y si resulta incómodo al paciente. El trastorno del sueño típicamente depresivo es el trastorno tardío. El paciente se duerme bien, pero tiene un despertar matinal precoz: se mete en la cama, se queda dormido, pero de madrugada se despierta, comienza a dar vueltas en la cama y ya no puede volver a dormirse. Ése es el típico patrón del trastorno del sueño de la depresión. La somnolencia excesiva también es sintomática de depresión.

**d) Pérdida de Energía:** para evaluar la fatiga o pérdida de energía se debe considerar si la sensación de cansancio es por motivo aparente o surge sin que él haga nada. El paciente se queja de que está más cansado. Antes no le suponía trabajo lo que ahora le cuesta un mundo. Siente que no tiene energía, sensación de desánimo, fatigabilidad y astenia.

**e) Trastornos Psicomotores:** en forma de agitación o en forma de inhibición, con irritabilidad, agresividad, inquietud. El estereotipo cultural de la depresión como forma inhibida. Empieza la depresión en un cuarto oscuro, o tumbada en un sofá, sin querer moverse. Son cada vez menos frecuentes en la clínica. Es más común encontrar depresiones agitadas, erróneamente llamadas depresiones ansiosas porque no necesariamente eso que acompaña a la sintomatología es ansiedad, sino más bien agitación.

**f) Anhedonia:** pérdida de la búsqueda de las situaciones de placer. No necesariamente sólo inhibición del deseo sexual, disminución de la libido, sino que el individuo ya no goza de comer, con el fútbol, el juego, etcétera.

**g) Sentimientos de Culpabilidad e Inutilidad:** sentimiento de inadecuación, desamparo. No sólo son autorreproches, precisamente por estar enfermo, sino que incluso antes de la situación actual ya se sentía como inútil, como que estorbaba, que nadie contaba con él y que él era el culpable de cualquier cosa.

**h) Dificultades de Concentración, Indecisión:** la dificultad para tomar decisiones, concentrarse o para recordar; deberá tenerse en cuenta la capacidad o no de seguir una conversación, centrarse en un trabajo, etc. Discernir lo que es tener interés, de la capacidad de concentrarse en eso. En los niños la depresión se puede diagnosticar a partir de los tres o cuatro años de edad. El bajo

rendimiento escolar puede ser evidencia de depresión. Dificultades en la concentración, en la expresión verbal, en la toma de decisiones. En los ancianos a veces puede que no se trate de un trastorno demencial sino de una depresión.

**i) Pensamientos Recurrentes de Muerte:** pensamientos de suicidio, de muerte a cambio de su situación actual, de que la vida no vale la pena vivirla. Son muchas formas de expresarlo.

**j) Comportamiento Suicida:** se refiere a todos los comportamientos que encubren el intento de quitarse la vida: arriesgarse en coche o moto, cruzar la calle sin atención, abrir la puerta del coche, uso de drogas o alcohol, practicar deportes de riesgo, etc.

**k) Baja Autoestima:** cuando existe una preocupación casi constante relativa a su capacidad y también la presencia o no de sentimientos de inferioridad, inseguridad, indecisión y preocupación moral. Importante en estos casos pedir al paciente que se autodescriba<sup>20</sup> y apunte todo lo que le molesta en su vida actual, adjuntando un breve comentario al respecto de las personas que le son significativas resaltándoles aspectos positivos y negativos. Es de fundamental importancia establecer una determinada cronología visando determinar el período de duración del estado de ánimo depresivo. Así se puede tener idea de si la depresión es de rasgo estable o crónico.

Hay que seguir con la exploración hasta que se compruebe efectivamente el diagnóstico de Trastorno Depresivo, especificando adecuadamente el tipo de trastorno, utilizando el análisis de los síntomas, entrevistas y utilización de los manuales -DSM-IV, CIE-10-, inventarios, informaciones familiares y descartar todo lo que no sea determinante al diagnóstico de cada caso.

## **7) Depresión Patológica**

Hay una serie de trastornos depresivos que no se distinguen claramente porque son muy parecidos y se presentan de forma disfrazada. En torno a eso nos queda una pregunta: ¿Cuándo se sabe que el sentimiento depresivo es patológico?

---

<sup>20</sup> Vázquez, 1995, pág.320.

El sentimiento depresivo es patológico cuándo el motivo no existe o es inadecuado para lo que le está ocurriendo, cuando el motivo también puede ser grave pero la duración es prolongada y cuando aparecen más elementos en el cuadro además de la depresión. La psicopatología es un tipo de desajuste que el aparato psíquico puede sufrir en su evolución. En Freud<sup>21</sup> la psicopatología está estrechamente ligada a la teoría del desarrollo a través de las nociones de fijación y de regresión. El caso Dora es el primero de los modelos de la teoría del proceso analítico que dice hasta dónde, y a través de qué instrumentos es posible intervenir en un proceso psicopatológico. La psicopatología puede ser el resultado de la retirada de la energía por la represión de las ideas que se tornaron inconvenientes. El resultado psicopatológico depende del mecanismo por el cual la energía es dislocada<sup>22</sup>. Así siendo, se tornan criterios de psicopatología de la depresión cuando el sentimiento de depresión o de tristeza es rígido, inapropiado, incorregible, involuntario y ocasiona sufrimiento psíquico. De acuerdo con los estudios hechos por J. I. González de Rivera, es difícil diagnosticar la depresión porque hay un número enorme de síntomas que nos llevan a creer que sea una depresión. Son ellos:

---

<sup>21</sup> En 1885, se le otorgó una concesión gubernamental que le permite pasar 19 semanas en París como estudiante del neurólogo francés Jean Charcot. Charcot, en aquel momento director de la clínica en el hospital mental de la Salpêtrière, estaba tratando desórdenes nerviosos por el uso de sugerencia hipnótica. Los estudios de Freud, bajo la supervisión de Charcot, lo influyeron en gran manera encauzando sus intereses en psicopatología.

<sup>22</sup> Renato Mezan, *Escribir la Clínica*, pág. 126.

<b>SÍNTOMAS EMOCIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ tristeza;</li> <li>♦ anhedonia - “nada me divierte”;</li> <li>♦ apatía;</li> <li>♦ desesperanza;</li> <li>♦ desvalimiento;</li> <li>♦ desinterés; disgusto.</li> </ul>
<b>SÍNTOMAS CONDUCTUALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ hipoactividad o hiperactividad;</li> <li>♦ desvinculación de relaciones, de afectos;</li> <li>♦ hiporeactividad - no reacciona ante acontecimientos;</li> <li>♦ llanto fácil; autoagresión - suicidio.</li> </ul>
<b>SÍNTOMAS MOTIVACIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ indecisión;</li> <li>♦ evitación; escapismo.</li> <li>♦ dependencia;</li> </ul>
<b>SÍNTOMAS COGNITIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ autocritica culposa;</li> <li>♦ autoevaluación pobre;</li> <li>♦ interpretación disminuida del futuro;</li> <li>♦ anticipación disminuida;</li> <li>♦ ideación delirante;</li> <li>♦ atención/memoria;</li> <li>♦ enlentecimiento.</li> </ul>
<b>SÍNTOMAS VEGETATIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ fatigabilidad;</li> <li>♦ trastornos del sueño: hiposomnias a veces hipersomnias;</li> <li>♦ anorexia: a veces, por detrás de una anorexia hay una depresión, en curándose la depresión, curase la anorexia;</li> <li>♦ hipolibidias o hiperlibidias: estreñimiento;</li> <li>♦ dolores vitales: “me duele la vida”. Es importante que el paciente explique bien el síntoma. Ej. : dolor de cabeza; que parece que algo le comprime la cabeza.</li> </ul>

Cualquier acontecimiento es visto como una interpretación disminuida, inferior, sin valor, que nada es bueno, nada vale. La atención y la memoria están debilitadas. Pasan por pruebas de memoria y obtienen buen resultado pero en la práctica no es así.

Los defectos cognitivos según Beck son: inferencia arbitraria; abstracción selectiva; hiper-generalización, mini o magnificación, etiquetaje erróneo. Aunque el tema de la depresión no sea del todo novedoso en psicología,

algunos de los avances más considerables al respecto se produjeron en las tres últimas décadas.

Citar a Beck (1983) en ese contexto es casi una obligación, pues sus estudios sobre pacientes depresivos y la creación de un instrumento, el *Beck Depression Inventory*, exclusivo para evaluar los síntomas presentados por estos, vinieron a arrojar luz a las discusiones teóricas e investigaciones llevadas a cabo a partir de entonces. Su énfasis es principalmente sobre los factores cognitivos relacionados con la depresión, que teóricamente predisponen a los individuos a lo que se suele llamar “desordenes depresivos”. Uno de estos, identificado por Beck, describe que los pacientes con depresión se autorreprochan, experimentando intensos sentimientos de culpabilidad.

A propósito de la depresión, Beck<sup>23</sup>, la define como: “un procesamiento negativamente distorsionado de la información del entorno, procesamiento que se concreta en una visión negativa del Yo, del mundo y del futuro (*tríada cognitiva negativa*) que sería responsable del mantenimiento y exacerbación del resto de síntomas depresivos. Este tipo de procesamiento tendría lugar tras la aparición de un suceso estresante en aquellas personas que tienen *actitudes disfuncionales* para interpretar la realidad y que además exageran el valor de ciertos acontecimientos vitales”.

La autoculpación está considerada como un importante síntoma cognitivo de la depresión, así como la autodepreciación y la pérdida de la autoestima. Incluso hay sugerencias claras de que el estilo atribucional autoinculpatório constante ayuda a explicar el hecho de que algunas personas son más vulnerables que otras a la depresión<sup>24</sup>, aunque no sea éste el único ni necesariamente el más poderoso para su explicación; los trastornos depresivos también pueden ser relacionados con el actitud disfuncional, el síntoma o la consecuencia de determinados pensamientos o acciones. No se puede olvidar que, en el plan estrictamente demográfico, algunas variables, como el sexo o la edad, son frecuentemente asociadas al nivel de depresión experimentado por las personas<sup>25</sup>.

A juzgar por Beck todas las Depresiones son cognitivas, pero en nuestra opinión no todas lo son. El problema no radica sólo a nivel cognitivo, al nivel más abstracto de la autorepresentación (que correspondería con el Ideal del Yo, o la parte más “moderna” del Superyo), sino a nivel imaginario e inconsciente, que subyace a las anteriores representaciones, menos accesibles. Por eso es tan difícil de modificar. Por ejemplo, en el caso del Sr. G<sup>26</sup>, se pudo trabajar cognitivamente la adecuación de sus cualidades y valores (“soy inteligente, soy buena persona”, etc.), pero eso no le aliviaría si no se hubiera alcanzado las representaciones arcaicas generadas en la experiencia de haber o no satisfecho el

---

<sup>23</sup> Sanz y Vazquez, 1995.

<sup>24</sup> Vázquez y Sanz, 1992, 1995; Berrios y cols., 1992.

<sup>25</sup> Beck, 1983; Etxebarria, 1992.

<sup>26</sup> Véase el Apartado IV, Historiales Clínicos, Sr. G., de esta Tesis Doctoral.



deseo de la madre, el primer objeto (“no puedo satisfacerla, porque soy pequeño”).

## **8) Diagnóstico Diferencial**

Efectivamente sentirse triste es un estado que acompaña tanto reacciones de personas normales como enfermizas. Por lo tanto se tiene como medida diagnóstica principal, señalar si este síntoma retrata o no un Trastorno Depresivo. Haciéndose la reconstrucción de la historia de los síntomas y quejas aisladas que el paciente presenta y al mismo tiempo, considerando la estructura de su desarrollo emocional, se inicia el trabajo de investigación diagnóstica. La exploración psicopatológica de los síntomas de la depresión, tiene que ser

realizada desde el punto de vista de la intensidad de los síntomas, pasando por la cronología, causa y duración del Trastorno. Es crucial determinar la existencia o no de un Episodio Maníaco y de Síntomas Psicóticos. Para una exploración diagnóstica adecuada hay que buscar en el DSM-IV y CIE-10 los síntomas clínicos y los criterios diagnósticos para aumentar la fiabilidad del juicio diagnóstico. El propósito es justamente proporcionar al terapeuta una descripción clara de las categorías diagnósticas. Es importante tener claro que la etiología orgánica no debe estar relacionada a la Distimia.

El Trastorno Distímico y el Trastorno Depresivo Mayor, son diferenciados con base en la gravedad, cronicidad y persistencia. Se torna particularmente difícil el diagnóstico diferencial entre estos dos trastornos por el hecho de que los dos comparten gran número de síntomas, dificultando demasiado la distinción entre estos cuadros clínicos. Para obtener éxito en el tratamiento de un individuo con Trastorno Distímico, el clínico tiene que desarrollar su perspicacia y habilidad en reconocer el cuadro de otras posibilidades diagnósticas. Para facilitar el diagnóstico<sup>27</sup> proponen una comparación del Trastorno Distímico con el Desorden de Pánico. Los sujetos Distímicos tienen mayor tendencia a manifestar enfado y baja autoestima, exteriorizan más la fuente de conflicto (proyección) y presentan niveles de acción defensiva, discapacidad vocal (falta de expresividad) y narcisismo

---

<sup>27</sup> Bloch y cols. 1993, pág. 1194-1198.

significativamente más altos que las personas con Desorden de Pánico. Los pacientes Distímicos generalmente solicitan la intervención de otros para resolver sus conflictos y cuando comprueban que nada ocurre, vuelven sus frustraciones contra ellos mismos (agresión pasiva) o contra los otros con un severo costo en sus sentimientos de autoestima. Por contraste, los sujetos con Desorden de Pánico tienen los conflictos más delimitados e intentan autoculparse.

La correlación observada entre Distimia y mecanismos de defensa puede ser explicada de tres formas: la primera hace alusión a que la Distimia es un disturbo primario de sentimientos que pueden conducir al desarrollo de los mecanismos de defensa. El tratamiento en este caso es farmacológico. La segunda se refiere a las defensas mal adaptadas produciendo sentimientos de depresión. El mejor tratamiento para esto es la psicoterapia. La tercera apunta que ambos fenómenos, mecanismo de defensa y sentimiento de depresión, pueden ser producidos por una condición subyacente, debiendo ser tratados psicoterapéuticamente. Por lo tanto, los mecanismos de defensa identificados en la Distimia difieren del Desorden de Pánico. Adentrando un poco más en el diagnóstico de la Distimia, se puede decir que diversos individuos tienen Trastorno Distímico anterior al inicio de un Trastorno Depresivo Mayor, episodio único. Denotase que cuando la Distimia se agrava, el cuadro clínico pasa a ser de Episodio Depresivo Mayor.

Senra y Heresi, en sus estudios realizados en 1995, contribuyeron para reforzar la concordancia con el DSM-IV pues sus resultados indican que los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, autoinforman un gran número de síntomas y más alto nivel de gravedad global que los pacientes con Trastornos Distímicos, pero en común acuerdo con Steer y cols.<sup>28</sup> al afirmar que el suicidio o pérdida del apetito son los ítems del BDI que mejor discriminan entre Trastorno Depresivo Mayor y Distimia. La Distimia se diferencia de los desórdenes de ansiedad de ajuste (estrés psicosocial) de los desórdenes depresivos recurrentes que son breves episodios depresivos, de los desórdenes Psicóticos, de las depresiones mayores, de los sentimientos de desórdenes inducidos por ingestión de drogas, de los sentimientos de desórdenes de problemas orgánicos o médicos. Son más definidos por síntomas cognitivos que vegetativos<sup>29</sup>.

Robert Howland y Michael Thase (1991) hicieron una revisión de los estudios biológicos de la Distimia como forma de introducirla en la nomenclatura psiquiátrica de manera más definida.

Neurofisiológicamente hay muchas similitudes entre Distimia y Depresión Mayor, principalmente en las anormalidades que se encuentran comúnmente a través de los disturbios del sueño. Sin embargo, Akiskal en un amplio estudio detectó que no todas las personas con Distimia manifestaban la

---

<sup>28</sup> Citado por Senra y Heresi, 1995.

<sup>29</sup> Freeman, 1994, pág. 7-11.

reducción en la latencia REM (Distímicos entran en estado REM en 50 minutos y las personas normales en 1 hora y 30 minutos). Neuroendocrinológicamente el funcionamiento hipotalámico sufre más alteraciones en los individuos con Depresión Mayor que los Distímicos. Las alteraciones en el hipotálamo son características de la Depresión Mayor. El nivel de dexametasol en los Distímicos es más bajo que en los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. Neuroquímicamente en lo que se refiere a la catecolamina no hay diferencias entre las depresiones. Estudios sobre el metabolismo de la serotonina en la Distimia son limitados, más los que hay, muestran pocas diferencias entre Distimia y Depresión Mayor.

Todos estos autores contribuyen para aclararnos sobre el diagnóstico diferencial de la Distimia, como saber que los casos de Distimia acaban como Depresión Mayor, que el Trastorno Distímico y el Trastorno Depresivo Mayor son distintos, que la Distimia presenta características biológicas importantes que merecen un tratamiento farmacológico y de manera más agresiva.

Un aspecto importante para el diagnóstico diferencial es efectuar una adecuada inclusión de otras posibilidades diagnósticas como por ejemplo, Trastorno de Ansiedad u Obsesivo, o aún Psicósomático.

Akiskal (1983) en su artículo *"Dysthymic Disorder Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes"* propuso criterios fenomenológicos para saber si se está delante de un Trastorno Distímico, como: manifestaciones

depresivas antes de los 25 años; síntomas de larga duración; son personas introvertidas; ocurren al menos dos de las manifestaciones melancólicas: inercia psicomotora; hipersomnia; anhedonia; etc.; dos años de síntomas melancólicos. Akiskal propone definir la Distimia como una etapa inicial, ocurriendo aisladamente o prestándose como substrato de depresiones mayores. La Distimia es considerada subsindrómica por encontrarse al borde del TDM.

Phillips y cols.<sup>30</sup> distinguen personalidad depresiva de Trastorno Distímico en los siguientes aspectos: 1) la personalidad depresiva siempre ocurre en una etapa más temprana que la Distimia; 2) la personalidad depresiva es primariamente cognitiva y la Distimia puede ser afectiva y somática. De acuerdo con los criterios diagnósticos específicos de Trastorno Distímico propuesto en el DSM-IV para la obtención del entendimiento clínico, se observan varios elementos significativos para la realización de un Diagnóstico Diferencial adecuado:

♦	Presentar humor deprimido de larga duración (mínimo de dos años) mientras la Depresión Mayor presenta humor deprimido de corta duración (mínimo de dos semanas);
♦	Presentar ausencia de Episodio Depresivo Mayor durante los dos primeros años, contra la presencia en Depresión Mayor de uno o más Episodios Depresivos Mayores;
♦	Presentar síntomas depresivos crónicos y menos severos que el Trastorno Depresivo Mayor;
♦	Coinciden Distimia y Trastorno Depresivo Mayor en la ausencia de Episodios Maníacos mixtos o hipomaniaco;
♦	Presentar al menos tres de los síntomas que acompañan un estado de ánimo depresivo: insomnio, fatiga, inapetencia, baja autoestima, concentración disminuida y sentimientos de desesperanza;
♦	Ausencia de Trastorno Psicótico;

<sup>30</sup> Phillips y cols. 1990, pág. 835.

♦	Diagnosticar como Trastorno Distímico después de un Trastorno Depresivo Mayor puede ser hecho cuando la Distimia haya sido establecida antes del primer Episodio Depresivo Mayor (ausencia de EDM durante los dos primeros años) y si ocurrió remisión completa del TDM (mínimo de dos meses) antes del inicio de la Distimia;
♦	Se distingue el Trastorno Distímico del Trastorno de Humor debido a una condición médica general cuando la perturbación del humor es consecuencia fisiológica directa de una condición médica crónica, general y específica;
♦	Diverge del Trastorno de Humor Inducido por sustancia si una sustancia está relacionada a la perturbación del humor, jamás será diagnosticada como Distimia;
♦	La ocurrencia del Trastorno Depresivo puede ser antes o después del TDM. Puede ocurrir después cuando haya remisión completa de TDM con periodo mínimo de dos meses antes del inicio del Trastorno Depresivo y cuando el Trastorno Depresivo sea establecido antes del primer EDM. Podrá ocurrir antes si aún no hubo el primer EDM;
♦	Los síntomas tienen que provocar deterioro social y laboral en la vida del individuo.

## 9) Psicopatología de la Depresión

Los síntomas orgánicos más frecuentes en la Depresión son el cansancio; mareos, vértigos, trastorno del sueño, dolor de cabeza, dolores musculares, palpitaciones y opresión torácica. Los individuos de Personalidad Psicopatológica tienen un aumento de sensibilidad y fácilmente enferman de manera física. Son individuos que sufren manifestando una somatización física. Ellos presentan características particulares como: relaciones sin afecto; pensamiento operatorio; alexitimia (incapacidad de leer los afectos); hipernormalidad (personas que no expresan afecto); expresividad somática; inercia asociativa; incapacidad onírica.

Se pueden dividir las manifestaciones de la Depresión en típicas y atípicas. Las manifestaciones típicas se refieren a los síndromes depresivos.

Cuando todo lo anterior se manifiesta, hay un humor disfórico y además cualquiera o todos los síntomas anteriores, hablamos de manifestaciones típicas de la depresión. Las atípicas son las depresiones enmascaradas y los equivalentes depresivos. La mayor parte de las depresiones son atípicas, porque se nos presentan de maneras distintas. Es lo que llamamos de equivalentes depresivos. Los que llegan a la consulta diciendo que están deprimidos, que se quieren matar, son un porcentaje pequeño. Son los trastornos típicos depresivos.

### **A. Equivalentes Depresivos**

Los Equivalentes Depresivos son lo que se puede llamar de Máscaras de la Depresión o Depresión Enmascarada según López-Ibor. Son los trastornos del estado de ánimo para ser más adecuado a la literatura moderna, que aquí hemos arropado bajo el epígrafe general de Depresión; se manifiestan bajo otras muchísimas formas diferentes.

Para dilucidar los equivalentes depresivos se hizo una división artificial entre máscaras de la depresión Psíquicas y de la depresión Corporales o Somáticas con dos grandes grupos de máscaras de equivalentes depresivos y una clasificación parcial:

<b>Psíquicos</b>	<b>Corporales o Somáticos</b>
1. Conductas Autodestructivas	1. Algas y Parestesias
2. Adicciones, Alcoholismo	2. Trastornos Sensoriales
3. Ludopatía	3. Trastorno Neurológico y



	Neurovegetativo
4. Accidentismo	4. Trastornos Digestivos
5. Delincuencia	5. Trastorno Circulatorio
6. Cleptomanía	6. Otros Trastornos Corporales
7. Obsesiones	
8. Dismorfofobias	
9. Bulimia/Anorexia	
10. Hipocondría	

### a) PSÍQUICOS

**1) Conductas Autodestructivas:** incluyen también los pensamientos autodestructivos, los pensamientos de muerte, las pesadillas. Es importante valorar en la anamnesis como una posible depresión los sueños recurrentes, las pesadillas, por ser un equivalente depresivo, un equivalente de pensamiento recurrente de muerte. En realidad, es la muerte lo que está en el núcleo del inconsciente, eso que no puede ser simbolizado o representado o nombrado, y lo que genera todo el proceso de simbolización. El sueño es el resultado de un exitoso proceso de construcción del deseo, a partir de ese agujero negro. La pesadilla es el fracaso en simbolizar ese tipo de experiencia en la que un exceso de energía ha golpeado al aparato psíquico, atravesando o rompiendo sus defensas. Se trata entonces, con el sueño, de “religar” esa energía, de construir un relato posible para esa experiencia (en la pesadilla un relato sin salida).

**2) Adicciones, Alcoholismo:** es la dependencia psíquica y/o física de determinadas drogas, eso es, cualquier forma de adición, incluyendo el alcoholismo.

**3) Ludopatía:** cuando el sujeto practica juegos de azar o compras de forma compulsiva. Cualquier forma de ludopatía es un equivalente depresivo.

Cuando estamos depresivos, cuando hay una percepción melancólica del entorno, una de las muchas defensas que ponemos en marcha es la defensa hipomaniáca que puede pasar por darnos un atracón, marcharnos a cenar, ponernos a beber, comprarnos unos zapatos o una docena de corbatas, lo que sea. Y muchas veces comprar, desde luego, atuendos. Eso como comportamiento Hipomaniáco, como conducta hipomaniáca es una manifestación por otra parte, de los trastornos del ánimo.

**4) Accidentismo:** es la curiosa facilidad para accidentarse que tienen determinadas personas. Es el típico niño que está siempre cayendo, siempre es el que se accidenta de los hermanos, se da golpes con todo, se quema, se electrocuta, etcétera. El accidentismo fue señalado por Francis Dunbar en los años 40. Estas personas tienen una particular habilidad para accidentarse en cualquier circunstancia de la vida, no importando que sean adultos o, desde luego, que sean niños.

**5) Delincuencia:** muchas actitudes que tienen que ver con la autoagresividad o heteroagresividad, con la agresión a terceros. Una forma concreta de delincuencia, porque el Código Penal lo reconoce como tal, son los hurtos frecuentes.

Ante una manifestación de violencia, en concreto, de agresividad, debemos pensar la delincuencia como una máscara de la depresión. Lo importante es que incluyamos en el diagnóstico que puede ser un homicidio relacionado con una depresión. A ejemplo del sujeto que mata a su mujer y a sus hijos - eso es relativamente frecuente -, mata a su familia. Son los típicos homicidios melancólicos. Luego puede suicidarse él, finalmente, pero mata a sus seres queridos para evitarles el sufrimiento relacionado con el "tener que vivir con un ser tan despreciable como él". Ese discurso es absolutamente melancólico, es un delirio de ruina, de culpa y, sin embargo, acaba con la muerte de una familia. El homicidio no necesariamente es esquizofrénico, por ejemplo. Puede ser absolutamente depresivo, igual que puede ser maníaco. Estamos hablando de lo mismo en todo caso, de trastornos del estado del ánimo. Cuando hablo aquí de delincuencia, no me refiero a la psicopatía. La psicopatía es una categoría distinta. Se puede ser delincuente esquizoide, delincuente psicopático o delincuente melancólico. La psicopatía es un trastorno distinto de los trastornos del estado del ánimo, como la depresión.

**6) Cleptomanía:** Kléptein = robar. Es la alienación caracterizada por el deseo de robar. La cleptomanía es un trastorno depresivo. Puede haber grandes robos que también son depresivos. El conflicto básico del cleptómano es la fantasía de “haber sido desposeído”, y la ansiedad por la pérdida es siempre melancólica. De hecho la definición de “ansiedad melancólica” es la aparición de ansiedad secundaria al sentimiento de ser desposeído, de no tener. El deprimido se siente desposeído, y porque se siente desposeído, hurta como el cleptomaniaco o come en demasía como el bulímico, como una forma de intentar - inútil lógicamente - compensar ese sentimiento de desposesión. Intenta fantasmáticamente recuperar algo. El cleptómano, en resumen, es el que está intentando, desde la depresión, como una defensa hipomaniaca, incorporar objetos que él fantasea que le han sido quitados y que le corresponden.

**7) Obsesiones:** idea, afecto, imagen o deseo de forma reiterada y persistente y que el sujeto no puede alejar voluntariamente de su conciencia. El tratamiento psicofarmacológico más eficaz es un antidepresivo. Los trastornos obsesivos, en general, lo que el DSM-IV y los anteriores llamaban “trastorno obsesivo-compulsivo”, vamos a considerarlo dentro de las máscaras de la depresión. En la medida en que sabemos más de la neurobiología y de la psicofisiología de la depresión, y a medida que sabemos más también de la psicofisiología de algunos trastornos por ansiedad como han sido clasificados básicamente los trastornos obsesivos, nos damos cuenta de que estamos hablando de lo mismo.

**8) Dismorfofobias:** temor morboso a las deformidades. Son fobias, situaciones de terror, pánico, relacionados con la creencia de que se sufre alguna dismorfología corporal. Muy frecuentes en medicina estética y generalmente no diagnosticadas como tal. Pero muchas veces, consultas a “medicina estética”, “cirugía estética” son el síntoma dismorfofóbico que deberían, en lugar de corregirse quirúrgicamente, ser tratados como una máscara de depresión.

**9) Bulimia / Anorexia:** Anorexia: síndrome caracterizado por un rechazo a la ingestión de alimentos, que lleva una rápida emaciación. Bulimia: Gran voracidad o hambre insaciable. Se puede considerar la Bulimia un Equivalente Depresivo, no obstante, es importante resaltar que los Trastornos Alimentarios no son únicamente máscaras de la depresión. La Bulimia es un Trastorno íntimamente asociado a la Anorexia. Consiste en episodios recurrentes de ingesta de gran cantidad de alimentos acompañados de la sensación de pérdida de control. Es una enfermedad que tiene como síntomas el sentimiento de culpabilidad, la depresión y el autodesprecio, que tienen como consecuencia la interrupción de la vida social, el malestar físico y conductas compensatorias.

**10) Hipocondría:** Síndrome caracterizado por preocupación exagerada y sin fundamento sobre el estado de salud y exageración de los sufrimientos, reales o imaginarios.

El término “Hipocondría”, como también el término “Histeria” y “Neurosis”, desaparecen del DSM-IV, y desaparecen no porque hayan desaparecido los histéricos o los neuróticos, sino porque son términos que se utilizan más como insulto, en este momento, que como categoría diagnóstica. La hipocondría pertenece tanto a la categoría diagnóstica, desde luego, como fisiopatológica y como psicopatológica del grupo llamado “máscaras de la depresión”. El paciente hipocondríaco es un paciente deprimido, con un núcleo melancólico desequilibrado y, obviamente ya con una queja corporal.

### **b) CORPORALES O SOMÁTICOS**

Muchos síntomas pueden ser expresión de un síndrome depresivo. Se puede decir que casi cualquier síntoma orgánico puede ser expresión de un Trastorno Depresivo<sup>31</sup>. El síndrome de la depresión puede acompañar a todos los cuadros psicopatológicos, excepto –y entonces se trata de la negación de la depresión- en estructuras perversas psicopáticas o en la euforia maníaca del psicótico. La espalda puede doler porque uno está deprimido, pero la espalda puede doler también porque uno padece una tuberculosis vertebral. La siguiente pregunta que nos tendríamos que hacer es ¿por qué padece esa tuberculosis vertebral? ¿Hasta dónde esa tuberculosis, de la aparición del bacilo de Koch no puede tener relación a su vez con una depresión previa?. Pero, de momento todavía es pronto, dejo la pregunta en el aire y no me atrevo a contestarla.

---

<sup>31</sup> Me refiero aquí que cualquier síntoma corporal puede ser expresión de un Trastorno Depresivo. Esto para que los enfermos y los profesionales de la salud estén “alertas”, y piensen en la posibilidad de que el síndrome – o las quejas - pueden referirse al cuadro de Depresión.

Lo que voy presentar a continuación es un estudio que introdujo Juan José López-Ibor en el año de 1972. En el año 82, José Luis Marín y colegas hicieron un estudio parecido en el que tuvieron la oportunidad de revisar cerca de quinientos pacientes que acudían al hospital con diferentes síntomas y que en el Servicio de Psiquiatría de la APE determinaron finalmente que se trataba de un trastorno depresivo y con el tratamiento adecuado, aquello se curó, mejoró espectacularmente. López-Ibor revisó en un Hospital, a 317 enfermos en 411 consultas distintas, que consultan de los siguientes síntomas: algias y parestesias, transtornos sensoriales, trastorno neurológico y neurovegetativo, trastornos digestivos, trastorno circulatorio, otros trastornos corporales. El estudio pormenorizado de estos pacientes demuestra que la patología demostrable era la depresiva, y que el tratamiento con antidepresivos, con psicoterapia de la depresión mejora el cuadro.

### **1) Algias y Parestesias:**

- Cefaleas (58%): los dolores siempre aparecen en primer lugar. El 58% de aquellos pacientes habían tenido dolor de cabeza. Cefalea es uno de los equivalentes depresivos por excelencia, pero también puede ser un tumor intracraneal, un cáncer. Hay que tener mucho cuidado y hacer el diagnóstico diferencial.

• Otros (51%): los porcentajes suman mas de 100 porque los pacientes afectos de equivalentes depresivos presentan muchos síntomas:

- *Nucalgia*: dolor de nuca.
- *Braquialgia*: dolor en los hombros.
- *Acroparestesias*: se refieren a las sensaciones de hormigueo, como de adormecimiento (“acro” significa lejos), entumecimiento en las partes lejanas y concretamente en los dedos de las manos, básicamente.
- *Dorsialgias*: dolores de espalda alta.
- *Lumbalgias*: dolores de espalda baja. Son los falsos dolores de riñones. Dolor lumbar.
- *Coxigodinia*: incluyendo la ciática, la Coxigodinia es un dolor intensísimo en el cóccix.
- *Parestesias* perineales: se refieren, en general, a picores. En este caso específicamente picores en el escroto, en la vulva, en la zona del perineo. Picores o sensaciones de acorchamiento, entumecimiento. El paciente dice que se le ha dormido.
- *Otalgias*: dolores de oído.
- *Dolores abdominales*: dolores abdominales, incluyendo las dismenorreas. Es un dolor abdominal recurrente que puede ser una máscara de equivalente depresivo.
- *Lumbociática*



## **2) Trastornos Sensoriales:**

- Vértigos, mareos (21%): también los vértigos son otro de los síntomas depresivos por excelencia. También aparecen en las crisis de pánico.
- Otros: (10%):
  - Anomalías del sentido del gusto: hay aquí un síntoma muy interesante que es la sensación de gusto amargo. El paciente suele decir en la consulta que tiene como un sabor permanente amargo, como metálico. Habla de la amargura de la vida. No hay defectos dentales, no hay trastornos en las glándulas salivares, no hay nada que justifique ese sabor anómalo en el sentido del gusto.
  - Anomalías del sentido del olfato.
  - Visión defectuosa - Mucho cuidado en los colegios con los niños que ven mal. A pesar de revisión oftalmológica y de la corrección por lentes, el niño sigue quejándose de que ve mal. Seguramente eso es un síntoma depresivo.

## **3) Trastorno Neurológico y Neurovegetativo (23%)**

- Acaticia: dificultad para estar quieto. Es una permanente necesidad de movimiento. Suele manifestarse con un movimiento permanente de los pies, por ejemplo, tamborileando con los dedos, continuamente utilizando cualquier objeto, el bolígrafo, mechero, haciendo cosas con las manos, con los pies.
- Edemas angioneuróticos: son edemas de glotis, básicamente. Puede ser un trastorno gravísimo, porque el paciente puede morir de glotis. Se

acumula agua en la campanilla de la garganta y puede dificultar la respiración. No sólo al deglutir, tragar, sino lo más grave, la respiración.

- **Hipersudoración:** Ciertamente la hipersudoración puede ser reconocida como un síntoma depresivo.

- **Lipotimia:** Es un choque de crisis vasovagal en la cual el sujeto pierde el conocimiento porque no llega suficiente oxígeno al sistema nervioso central.

- **Temblores, Tics.**

- **Astenia:** Falta o pérdida de fuerza. Síndrome de fatiga crónico.

- **Hipotensión ortostática:** Disminución de la presión arterial cuando se adopta la posición vertical, después del decúbito, asociado o no con vértigos y lipotimias. Sensación de pérdida de conciencia. La tensión baja es una verbalización de la sintomatología depresiva. El paciente nos dice que siente cómo si perdiera el conocimiento, como si se fuera a caer al suelo al levantarse bruscamente, o al mover la cabeza bruscamente, al levantar de la cama o del sofá. Es una sensación de que todo da vueltas. Puede también que esté tomando antidepresivos, o puede ser un trastorno de las carótidas, una dificultad vascular, un trastorno vascular. Pueden ser muchas cosas pero una de ellas, desde luego, es una depresión. Una persona que diga que al levantarse bruscamente o al mover la cabeza bruscamente se marea, eso seguramente es una hipotensión ortostática. Puede tener que ver con una dificultad vascular o vertebral.

#### **4) Trastornos Digestivos (63%)**

- Estreñimiento: Prácticamente casi todos los deprimidos están estreñidos.
- Trastornos del apetito. El 63% de aquellos pacientes presentaban trastornos en el apetito.
- Meteorismo: es la distensión del abdomen por gases contenidos en el tubo digestivo. El meteorismo es un equivalente depresivo. También es un síntoma obsesivo y tiene que ver con el control. La fermentación de los alimentos produce el 10% del gas. El 90% es un gas deglutido. El meteorismo tiene que ver con la dificultad para expulsar los gases que han sido deglutidos previamente mediante la aerofagia. Todos tragamos aire, al respirar, al hablar y por supuesto al comer, pero la mayor parte de las personas no tenemos dificultades para expulsar ese aire del aparato digestivo. Las personas digestivas y con un núcleo melancólico tienen mucha dificultad pues tragan aire que luego no pueden expulsar. Los motivos de esa retención suponen la definición de los rasgos obsesivos de la personalidad.
- Aerofagia: Tiene que ver más con la ansiedad. La persona “traga” el aire.
- Diarreas, colopatías (afecciones del colon - estreñimiento): la diarrea es equivalente maníaco de persona depresiva. Estamos hablando de diarreas no relacionadas con la infección, de las diarreas motoras. Dentro de las colopatías, el estreñimiento que junto con el dolor de cabeza son los equivalentes

depresivos por excelencia. El colon irritable es un trastorno depresivo, es un equivalente depresivo.

- Dispepsias gastroduodenal: digestión pesada y lenta. La dispepsia es un trastorno psicógeno. Dichas digestiones lentas, pesadas, no son más que digestiones deprimidas. La persona padece un trastorno depresivo por el cual están deprimidas todas las funciones neurovegetativas. La úlcera gastroduodenal la incluimos también dentro de los trastornos como equivalentes neurodepresivos.

## **5) Trastornos Circulatorios (19%)**

El 19% de aquellos pacientes presentaban también trastornos circulatorios.

- Parestesias precordiales (sensación de hormigueo en la zona del corazón, en el lado izquierdo del tórax).
- Trastornos del ritmo cardíaco.
- Hipertensión arterial.
- Trastornos vasomotores. Por ejemplo, algunas acrocianosis. Las manos y pies fríos, azulados - frecuentes en los adolescentes - es un trastorno vasomotor, asociado seguramente a un equivalente depresivo.

## **6) Otros Trastornos Corporales (17%):**

El 17% de los pacientes presentaba ya cualquier cosa, además de todo lo anterior.

- Disnea (dificultad para respirar), rinitis, asma. La disnea es cuando la respiración se hace consciente.
- Enuresis, Disuria (dificultad para orinar). La Enuresis es un equivalente depresivo. La Disuria es la necesidad de orinar mucho y además orinar muchas veces poca cantidad incluso con dolor. Hay una enorme cantidad de diagnósticos de infecciones, o cistitis urinarias, lo que algunos autores llaman de cistitis estériles. Es cuando se hace el cultivo bacteriano y no hay absolutamente nada. La orina es absolutamente estéril. Así posiblemente esas cistitis con orinas claras o estériles se refieren a disurias depresivas.
- Trastornos de la Relación Sexual y Trastornos Ginecológicos: Impotencia, Frigidez, Dismenorrea. O cualquier trastorno en la relación sexual.
- Alopecias, Eczema. Las Alopecias, sobre todo las Alopecias areatas, una pérdida rápida y completa del pelo en placas, debido a trastornos trofoneuróticos - trastorno de nutrición por influencia del sistema nervioso -, por las que se cae el pelo en forma de peladas.
- Prurito, erupción cutánea. La mayor parte de los pruritos pueden ser también equivalentes depresivos y casi cualquier forma de erupción cutánea.

En todo caso estos son los síntomas que presentaba el estudio que se está comentando de López-Ibor y que son síntomas que aparecieron en el estudio de Luis Marín, con casi quinientos pacientes de los años 82 y 83. Así que cualquier cosa puede ser un equivalente depresivo. Ahora, hay que señalar que no

necesariamente. Se pretende con eso que todos nos acostumbremos a incluir todos estos síntomas dentro también de la posibilidad de que sea un trastorno depresivo, además de una infección, además de un cáncer, además de toda la parafernalia del diagnóstico tenemos que introducir los Trastornos del Estado de Ánimo.

Así siendo, la depresión se puede manifestar de muchas formas: como la anorexia, problemas del sueño, hipersomnia, aislamiento social, indecisión psicomotriz, enlentecimiento motor, problemas de memoria, adinamia o pérdida de energía, fatiga, inhibición verbal - no tiene ganas de hablar, pesadillas autodestructivas - no todas las pesadillas son depresivas, pensamientos recurrentes de muerte, desinterés o pérdida de interés, la agresividad, pérdida de interés por el sexo - problemas de erección. Otras formas de Equivalentes Depresivos son el dolor crónico inespecífico, infecciones de repetición, síndrome del intestino irritable, dolores cólicos de repetición.

## **B. Diagnóstico de la Depresión Enmascarada**

Para diagnosticar adecuadamente una depresión enmascarada, es imprescindible saber que no existen síntomas específicos de depresión enmascarada, porque todo lo que fue comentado acerca de los síntomas anteriores, pueden ser síntomas de una depresión aunque también pueden ser síntomas de otras cosas. Otro aspecto a ser considerado es que los síntomas aislados no tienen

valor: una persona con una visión defectuosa, eso como síntoma aislado no tiene valor. No hay síntomas patognómicos ni exámenes auxiliares o pruebas funcionales. Se diagnostica a partir de la entrevista clínica, de la historia clínica, de la relación con el paciente, escuchando al paciente. Gregorio Marañón decía que el único elemento exploratorio indispensable para el médico, absolutamente el único, era la silla, en la que el paciente se sentara y pudiera hablar.

## **10) Sintomatología Depresiva en la Infancia**

Es importante decir que los niños sí se deprimen, exactamente igual que los adultos. Es pura negación o mentira decir que la infancia es enteramente feliz, que a los niños no les pasa nada.

### **A. Primera Infancia**

Se refiere a la fase de desenvolvimiento, en que el niño pasa por una ansiedad de separación y por una integración unificada de objeto y afecto. Sintomatología depresiva:

a) Alteraciones alimenticias: Es un síntoma somático. Pueden ocurrir alteraciones del apetito y del peso (aumento o disminución). Con un año no nos dice que está depresivo, pero tampoco nos lo dice el adulto. Va a tener dificultades para comer, alteraciones en el comportamiento alimentario, vomitando, por ejemplo.

b) Trastornos del sueño, agitación: Es un síntoma somático. Va a tener dificultades para dormir, y estar agitado durante el sueño.

c) Hipoactividades, inhibición: puede estar inhibido, e incluso, hipoactivo durante el día.

d) Retraso del desarrollo psicomotor: es un síntoma somático. Se refiere a una torpeza psicomotora.

e) Llanto frecuente: niños que, de repente, están sin parar de llorar, y no se entiende por qué, pero él, seguramente sí. Y una de las cosas que puede ocurrir es que esté deprimido, aunque tampoco sepa que eso es una depresión. Es un signo de alarma para nosotros.

f) Decaimiento de las funciones somáticas generales: se deprimen todas las funciones corporales generales, incluyendo la función inmunitaria. Los famosos catarros que habitualmente se les llama gripe. Pero esos enfriamientos, catarros, congestiones nasales, de repetición, bronquitis alérgica, niños que están todo el invierno enfermos de algo, puede tener que ver con un trastorno depresivo, en el que se define, entre otros trastornos corporales, la función inmunitario defensiva. Pueden ocurrir también vómitos y más sueño durante el día.



g) Síntomas en el desarrollo del bebé: aumento del enlentecimiento y del retraso madurativo.

## **B. Segunda Infancia**

### **a) Primera Parte**

- 1) Dificultad en la concentración.
- 2) Bajo rendimiento escolar. En los niños mayores, lo que va a aparecer con la depresión y seguramente, el primer motivo de consulta es el bajo rendimiento escolar. Baja motivación para el estudio, llora porque no quiere ir a la escuela.
- 3) Pobreza en las iniciativas, inseguridad. Miedoso.
- 4) Tendencia al aislamiento. Aparecerá como un niño tímido.  
Tendencia de los niños a estar más solos (de los 6 a los 11 años).
- 5) Sentimiento de Soledad.
- 6) Crisis de llanto “inmotivado” (más en los niños entre los 6-11 años). Siempre hay motivo para llorar. El llanto de los niños nunca es inmotivado. Pero los niños lloran por algo, porque llorar es una forma de expresión. Otra cosa distinta es que los padres, los cuidadores, los médicos o psicólogos lo entendamos.

7) Acentuación de la agresividad normal. Pueden ponerse muy agresivos.

8) Irritabilidad: se muestran muy irritables, fácilmente irritables. También cambian de carácter respecto a los padres. De repente se ha vuelto un niño malo. Era un niño estupendo y, de repente, en los últimos meses se ha vuelto un niño insoportable, insufrible.

9) Sentimiento de Inferioridad.

10) Hiperactividad, inquietud, celos. Más entre los niños que niñas.

11) Demasiada dependencia de los adultos. Más en niñas que en niños.

12) Come mal: en los niños a partir de los 9 años y las niñas a partir de los 7 años.

13) Síntomas afectivos: Aumento de la atonía tímica (no responde al afecto); aumento de pobreza interactiva; aumento de replegamiento.

14) Dislexia: Dificultad aumentada para aprender a leer, sin que existan defectos fundamentales neurológicos de tipo sensorial o neuropsicológico lesional.

15) Cambios bruscos de humor.

## **b) Segunda Parte**

1) Manifestaciones fóbicas: Tienen tendencia también a tener miedos: miedo a la oscuridad, a la soledad, a los animales, a cualquier cosa. Fobia

escolar. Dependiendo a qué colegio vaya el niño, lo que se llama fobia por ahí puede ser un signo de inteligencia, un detalle de inteligencia o de salud mental, porque hay una cantidad de colegios que son directamente enfermizos.

2) Terror nocturno, crisis disnéicas. Crisis disnéicas - dificultad en la respiración -, que muchas veces se confunden con enfermedades asmáticas pero que no lo son.

3) Succión del pulgar.

4) Trastornos esfinterianos. Enuresis, Encopresis. Es un síntoma somático.

5) Hablar de suicidio: entre 9-10 años, más entre niños que niñas.

6) Otros equivalentes depresivos: igual que los adultos.

Todo lo que ya hemos visto como posibilidades de presentación sintomática, todo eso puede ser exactamente igual para un niño. Cualquier equivalente depresivo puede presentarse ya en niños a partir de cuarenta y ocho horas de vida, mucho más organizado a partir de los tres años.

A los niños depresivos es interesante estimularles la autonomía, aclararles las situaciones nuevas, ayudarles a tener un punto de referencia afectiva, mayor accesibilidad y disponibilidad afectiva. Ayudar a elaborar las dificultades explicándoles de forma adaptada a la realidad, la etapa del desarrollo y cuando sea necesario orientarles sobre la farmacología.

## 11) El Suicidio

Rememorando a Freud el impulso al suicidio experimentado por nuestros neuróticos se demuestra siempre como un autocastigo por los deseos de muerte orientados hacia otras personas<sup>32</sup>.

El sentimiento de culpabilidad, la depresión y los deseos de muerte están íntimamente relacionados al suicidio. El perfil del suicidio español está entre hombres mayores, sin pareja estable, jubilados, generalmente con antecedentes psiquiátricos, presentando alguna enfermedad crónica o invalidante; y de excesivo consumo de alcohol. Ya el perfil del intento de suicidio está entre mujeres jóvenes, con menos de 30 años, solteras, estudiantes o amas de casa. Los motivos más frecuentes son por intoxicación medicamentosa o por antecedentes psiquiátricos personales y familiares. En mujeres generalmente los suicidios son con aviso e intentos previos.

---

<sup>32</sup> Sigmund Freud. *Tótem y Tabú*, Nota 192.

El riesgo suicida prevalece en individuos que presentan pérdida de la ilusión del futuro, desgana de la vida, desgana de las actividades habituales, pensamiento de muerte, ideas de suicidio, deseo de muerte, y conductas auto-destructivas. En casos de intento de suicidio es importante valorar aspectos como: gravedad; eficacia del método; reflexión previa o impulsividad; antecedentes autolíticos; manifestaciones post-intento (lo que nos cuenta después del intento). Los intentos de suicidio son debidos a síntomas de enfermedad mental - conducta auto-destructiva, por reacción frente a situación ambiental estresante de aparición reciente y, por situación de larga evolución sin salida aparente.

Otros factores de riesgo a considerar son los psicopatológicos, los trastornos esquizofrénicos, trastorno límite de personalidad, y abuso de sustancias tóxicas. Los factores demográficos y psicosociales indican mayor incidencia entre hembras que varones, con edad de máxima incidencia de 60 años para mujeres y 72 para hombres. Viudos, solteros o divorciados que viven solos y con pérdida reciente, profesionales liberales, así como homosexuales son los de mayor riesgo. La situación social es de aislamiento, inestabilidad, ausencia de beneficios secundarios; y de nivel socioeconómico extremado. Acontecimientos negativos como pérdidas recientes, relaciones conflictivas, enfermedades corporales (grave, crónica, irreversible, invalidante, insomnio) y antecedentes suicidas (personales y familiares), también están presentes en los factores de riesgo de suicidio.

El manejo terapéutico de la conducta suicida se resume primeramente en reunir informaciones sobre la causalidad de la conducta suicida, proyectos de intervención, prevención y metodología para implantación en diferentes situaciones culturales. Crear servicios especiales para grupos de alto riesgo, establecer provisión efectiva de información y preparación a las organizaciones implicadas y al público general, y por último el perfeccionamiento del personal que trata con personas suicidas. El trabajo de prevención secundaria se puede combinar con atención de urgencia: psicointervención y control médico; tratamiento ambulatorio; ingreso en hospital; ingreso en Unidad Psiquiátrica abierta. Ingreso voluntario o involuntario en Unidad Psiquiátrica cerrada.

Un paciente suicida debe ser atendido en primer lugar por un equipo multidisciplinar, principalmente con acompañamiento de un psicólogo o psiquiatra especializado en tratamiento de crisis. La prevención terciaria se limita a la psicoterapia y al apoyo social.

## **12) Papel del Profesional que Trabaja con Pacientes Depresivos**

Fue creado en España un Comité, dependiente de la O.M.S., el Comité para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión, el Comité P.T.D. de la década de los 70/80, creado por el Instituto Nacional de la Salud. Es un Comité de expertos que lleva desde entonces trabajando para darnos una serie de normas, de consideraciones clínicas para prevenir y para tratar la depresión. El Comité P.T.D. elaboró hace algunos años una especie de decálogo para ayudarnos a diagnosticar la depresión enmascarada, para ayudarnos en el diagnóstico clínico de la depresión.

Para poder ayudar al profesional de la salud a encontrar el equivalente depresivo, se hace necesario pensar en la posibilidad de depresión. No se tiene la costumbre, principalmente los médicos, de diagnosticar directamente la depresión. No se diagnostica positivamente más que aquello que se conoce y se busca. Se diagnostica tensión baja siempre como Depresión. Cuando se habla de la úlcera de estómago, no se entiende y aceptan que en el estómago de los ulcerosos se ha aislado un germen, gram negativo, únicamente. Eso ya se sabe desde hace algunos años. Lo que se debe hacer es integrarlo en la historia general. Pensar que

ese paciente, además de infectado por un germen gram negativo, puede estar deprimida. Que la depresión se incluya en todas las ramas de decisión diagnóstica de toda las enfermedades. Pensar en la posibilidad de que cualquier cosa puede ser una depresión, además de otras cosas.

Comparar las actividades y rendimientos: la anamnesis puede convertirse en una prueba funcional de primer orden: preguntar al paciente, comparar las actividades y los rendimientos, preguntarle además si tiene alguna enfermedad orgánica o “dónde le duele” y desde cuándo le duele. Le vamos a preguntar si ha cambiado algo de su vida, de sus actividades, de sus capacidades, de sus rendimientos en los últimos meses o en los últimos años. Preguntarle sobre el tiempo en el trabajo, con las actividades diarias, con el placer, el interés en las cosas, etc. El paciente va a decir que le duele la cabeza, el estómago, que tiene estreñimiento. Nos dice: “...es verdad que en los últimos meses o en los últimos años, ya que usted me lo pregunta, he notado que he perdido interés, capacidad, que me cuesta mucho más trabajar.” Empieza a hablarnos de sus actividades y de sus rendimientos para hacer el diagnóstico de depresión. No sólo hay disminución en la actividad o disminución en el rendimiento. Eso es lo que ocurre en el 90% de los casos, pero puede haber exactamente lo contrario: una hiperactividad maníaca que forma parte del trastorno afectivo. Lo que podemos encontrar con que lo que aparece son patologías como la cleptomanía, la necesidad de comprar, la ludomanía, la ludopatía - actividades maníacas -, el “síndrome de fin de semana”, la adicción al trabajo. Eso puede ser un incremento de la actividad del depresivo,



que no es lo más frecuente. Pero hay que tener mucho cuidado, porque no tenemos por qué buscar una disminución en las actividades, sino también, en ocasiones, un incremento maniaco.

Los síntomas se presentan asociados y evolucionan fásicamente. Cuanto más rica y variada es la sintomatología de un enfermo, menos probabilidad tiene de ser primariamente orgánica o corporal. El paciente con un equivalente depresivo además de esa dificultad, puede tener dificultad en la visión, por ejemplo. El paciente dice que le duele la cabeza, que tiene mala suerte tras pasar una racha buena de unos días. Esta verbalización de la mala suerte es ya, de por sí, equivalente depresiva. Se debe escuchar despacio lo que el paciente nos dice, para que el diagnóstico se haga solo. Estos pacientes piensan que nunca consiguen estar bien porque cuando no tienen una cosa, tienen otra. Es una depresión enmascarada, que está permanentemente emigrando.

La sintomatología de un equivalente depresivo tiene siempre una cualidad distinta, atípica, atópica y discrónica. La atípica se refiere a los síndromes formes. Lo que se ha dado en llamar los síndromes “como si”. Generalmente no se puede hablar de ‘enfermedad asmática’ sino de ‘enfermedad asmatiforme’. No cumple todos los criterios de enfermedad asmática, puramente, sino disneas, dificultad para respirar, pero que no es una enfermedad asmática o el síndrome de Ménière, este cuadro vertiginoso por un trastorno en laberinto del aparato auditivo, sino que hablamos del ‘síndrome ménièreifforme’.

La atópica se refiere a localizaciones irregulares. El paciente con una hernia discal tiene una localización del dolor perfectamente previsible. Sin embargo el paciente con una lumbalciática depresiva, nos dice, pero de otra forma. Hace toda una dramatización del dolor, se va hacia adelante, hacia abajo, le sube, son localizaciones que no corresponden con la lesión, con la distribución neurológica del dolor.

Las Discrónicas son alteraciones de ritmo (cardíaco, circadiano, estacional, menstrual). Respecto al ritmo circadiano en los síntomas depresivos, cualquiera de los síntomas que presente el paciente empeora por la mañana, mejora por la tarde. Cualquier síntoma que mejore por la tarde es un síntoma depresivo. El paciente dice que le cuesta muchísimo levantarse. Por las mañanas está fatal, pero, a medida que va avanzando el día se encuentra mejor, y luego, ya por la tarde o por la noche, está mejor. Eso es un trastorno circadiano típicamente depresivo. En el ritmo menstrual la paciente está bien durante todo el ciclo, pero tiene los síntomas que hemos comentado, del dolor de cabeza, abdominal, etc. Lo estacional ocurre fundamentalmente en relación con su sintomatología, mucho peor en primavera y en otoño, mucho peor con los cambios del tiempo.

Los comportamientos comunicacionales no verbales, si nosotros nos fijáramos más, somos capaces de diagnosticar una depresión de una persona sólo viéndola entrar por una puerta. Las alteraciones de la motricidad y sobre todo las alteraciones de la expresión mezcladas en la persona de un paciente deprimido, el

diagnóstico se haría sólo mirándole la cara, moverse, escuchándole hablar, el tono, el timbre, los movimientos de las manos, el vestuario, cómo se viste.

Algunas personas dicen en consulta que están muy deprimidas, y sólo hay que verle para darnos cuenta que no están deprimidas, que la depresión no va a ser el primer motivo de consulta, y vemos que no está deprimida porque tal como va vestida, maquillada, arreglada no es propio de la depresiva. Seguramente no es una depresión.

Las alteraciones en la motricidad son muy claras: las personas con un trastorno depresivo disminuyen cuatro o cinco centímetros de estatura, porque la depresión hace que doblemos la columna. Exageramos la cifosis dorsal, encorvamos la espalda, doblamos los hombros hacia dentro, braceamos mucho menos, disminuye de forma perfectamente observable el ángulo de braceo y la longitud de los pasos. La depresión hace que disminuyamos hasta 3,4 cm la longitud de los pasos. Son cientos de mensajes que nuestros pacientes nos mandan con su expresión corporal y con las alteraciones de la motricidad para decirnos que están deprimidos. Luego nos contarán lo que quieran, pero nos están explicando que están deprimidos apenas con la expresión no verbal. Hay que mirarlos y escucharlos.

Las falsas interpretaciones se deben evitar, pues el psicologismo es tan malo como el organicismo. Negar la existencia de lo psíquico es una memez

impresentable. Es peligroso también lo contrario: negar la existencia del cuerpo, como decir que la depresión es secundaria.

Referente a los antecedentes familiares, se hereda la predisposición, no necesariamente la sintomatología. No tiene sentido que busquemos si el padre también tenía úlcera, o si la madre tenía también la tensión baja. No se “transmite” necesariamente el síntoma, sino la predisposición.

Las depresiones enmascaradas suelen responder bien a los tratamientos antidepressivos. Pacientes que llevan años siendo tratados por diferentes especialistas, con muchos de esos síntomas, y que sin embargo siguen presentando todavía sintomatología. Sin embargo, si el paciente se diagnostica como un equivalente depresivo y se trata con un encuadre de tratamiento antidepressivo, la mejoría suele ser espectacular.

Una cosa es tener síntomas corporales asociados a un duelo, a una tristeza o a una situación de crisis. En cualquier situación de crisis vital en la que se puede pasar por situaciones dolorosas, y a eso es a lo que llamamos duelo, con estado de ánimo triste, van a aparecer síntomas de ese signo con cierta seguridad. Lo que pasa es eso, no necesariamente una depresión. Muchos de estos síntomas no solamente no son peligrosos sino que son estupendos, son saludables, porque permiten restablecer la homeostasis. Toda la gente necesita temporalmente presentar síntomas porque muchos de estos síntomas tienen una función

homeostática o controladora del medio interno que permite la fatiga. La fatiga es una señal de alarma. Lo mismo que la angustia y la tristeza. Cuando está fatigado lo que tiene que hacer es pararse. Y la fatiga sirve exactamente para eso, para que te pares, para que pidas ayuda o para que te quejes.

La cultura actual es terriblemente limitadora de la tristeza, del duelo, de la posibilidad de estar triste, y por lo tanto, es limitadora de la expresión de la depresión.

### **13) Prevención y Tratamiento de la Depresión**

El Comité PTD sugiere diez preguntas que ellos dicen imprescindibles para todos aquellos pacientes que se hallen en una situación de riesgo de padecer un trastorno depresivo. Diez preguntas naturalmente además del resto del interrogatorio psicopatológico y del interrogatorio médico. Hay que señalar que las preguntas no tienen por qué ser así, con estas expresiones, lógicamente, ni tienen por qué ser en este orden.

#### **1º. ¿Tiene algún problema de tipo nervioso?**

Preguntarle si tiene algún problema de tipo nervioso: muchas veces uno se sorprende cuando toda una historia médica profusa, bien hecha, desde el punto de vista corporal, es relatada por el paciente.

#### **2º. ¿Le resulta difícil tomar decisiones?**

Vamos a preguntar también sobre su capacidad para tomar decisiones. La indecisión o dificultad para tomar decisiones es uno de los síntomas clásicos de la depresión.

#### **3º. ¿Se siente agotado y con falta de energía?**

Si está cansado, agotado, si tiene falta de energía, si tiene dificultades para levantarse por las mañanas, dificultad para ponerse en marcha.

**4º. ¿Tiene alguna dificultad para dormir?**

Investigar si tiene dificultad para dormir, porque estas preguntas están dirigidas, no a descartar psicopatologías, sino a descartar específicamente un trastorno afectivo o depresivo. Y vamos a incidir en si esas dificultades para dormir se refieren a un insomnio tardío, si se queda dormido con más o menos facilidad y, sin embargo, se despierta de madrugada. Eso es lo más característico del trastorno depresivo.

**5º. ¿Sigue interesándose por hechos cotidianos?**

Vamos a preguntarle también si está interesado por los hechos cotidianos y si sigue interesándose y realizando sus actividades. Si es una ama de casa, si le cuesta el mismo esfuerzo que antes, si puede arreglar la casa o sobre su trabajo fuera de casa. O si ha notado que ha disminuido su actividad, su interés y sus capacidades mentales.

**6º. ¿Tiene altibajos de humor durante el día?**

Hay que preguntar también a los pacientes si tienen altibajos de humor durante el día. No solamente durante el día sino durante el año, durante otros ciclos, típicamente depresivos. Lo típico del aplanamiento del ciclo de la depresión es que el paciente tiene dificultades para levantarse por las mañanas, para ponerse en marcha, pero que mejora a lo largo del día. Están mejor por la tarde, normalmente.

**7º. ¿Tiene dolores en alguna parte del cuerpo, sensaciones de opresión en el pecho?**

También vamos a investigar si tiene opresión en el pecho, si tiene angustia. La vivencia en el pecho de la experiencia angustiosa también es una parte importante del diagnóstico de la depresión.

**8º. ¿Tiene alguna tendencia a darle vueltas a las cosas?**

Vamos a preguntarles si tiene tendencia a darle vueltas a las cosas. Ahí estamos investigando los rasgos obsesivos, la personalidad obsesiva, que también forma parte del núcleo melancólico. Tienen tendencia a darles vueltas a las cosas.

**9º. ¿Tiene poco apetito o ha perdido peso?**

No sólo investigar sobre la pérdida de peso, sino también sobre la ganancia de apetito. Es más frecuente la anorexia y la pérdida de peso en la depresión, pero no es, ni mucho menos, una rareza el que sea exactamente lo contrario. Y, además depende mucho del tipo de sentimiento que esté experimentando el paciente. Por ejemplo sentimientos de pérdida hacen que substituyas el “vacío” por comida. O al revés, la sensación de pérdida es tan grande y asumida que pierdes totalmente las ganas de comer.

**10º. ¿Padece alguna dificultad de tipo sexual?**

Hay que preguntarle en algún momento de la entrevista si tiene alguna dificultad en la relación sexual. Si no están dispuestos los pacientes a



hablar acerca de su sexualidad, dicen que no. Pero es una pregunta que todos los pacientes tienen el derecho de escuchar. Luego ellos decidirán si contestan o no.

**Informaciones adicionales a solicitar al paciente en la consulta:**

- 1) Historia completa de los síntomas: cuándo empezaron, cuál es la intensidad y cuánto tiempo duran.
- 2) Otros Episodios de Depresión o de enfermedad mental.
- 3) Tratamientos anteriores y actuales para la Depresión.
- 4) Enfermedades de que se encuentra acometido actualmente o que ya ha tenido.
- 5) Medicinas que está tomando.
- 6) Drogas o alcohol que utiliza regularmente.
- 7) Alergia a alimentos, medicinas u otras cosas.
- 8) Enfermedades en la familia.
- 9) Antecedentes de enfermedad mental en la familia.
- 10) Cambios o situaciones de estrés recientes en la vida del paciente.

## **14) Psicoterapia de la Depresión**

Existen más de veinte teorías diferentes sobre la etiología de los trastornos de estado de ánimo y algunos autores asumen factores genéticos que pueden ser cruciales para su etiología, puesto que los Trastornos Afectivos tienen importantes componentes biológicos.

Consideramos al self el principal objeto de la depresión, es decir que la autorrepresentación, la propia identidad –del yo- es lo que puede estar en juego en la depresión. Concordamos con Gabbard (1994) que dice que la depresión es la desesperanza ante el fracaso de los objetos del self para gratificar las necesidades del self. Los factores precipitantes principales de las crisis están en los sucesos vitales estresantes. De entre estos sucesos vitales, los acaecidos en las etapas más tempranas de la infancia incrementan la vulnerabilidad. La exploración psicopatológica de los síntomas de la depresión tiene que ser realizada desde el punto de vista de la intensidad de los síntomas, pasando por la cronología, factor causa y duración del trastorno. Es crucial también determinar la existencia o no de un episodio maníaco y de síntomas psicóticos. Es muy importante no olvidarse de la importancia que tiene la habilidad terapéutica del profesional al tratar de analizar al paciente durante las entrevistas iniciales. Además hay que tener en cuenta que obtener información de una persona deprimida no resulta siempre fácil

y tampoco el DSM-IV o el CIE-10 nos indica cómo hacer la exploración, evaluación o reevaluación de los síntomas. El psicoterapeuta debe servirse de la empatía como su principal herramienta para obtener informaciones de un paciente depresivo.

Paykel<sup>33</sup> hace sugerencias importantes de prácticas en el tratamiento de la Distimia:

- Terapia objetivando la mejora de la adaptación social;
- Prevención de recaída;
- Estrategia para mejora de síntomas;
- Conocer otros miembros de la familia o amigos;
- Recomendar grupos de autoayuda;
- Cuando sea apropiado, contactar con asesores y agencia de voluntarios para ayudarlos;
- Ayudar al paciente a establecer una agenda de prioridades;
- Discutir dificultades sociales con el paciente;
- Envolverlo en un trabajo social;
- Facilitarle creaciones de grupo de soporte como Psiquiatra, Psicólogo, Asistente Social, Médicos, etc. Equipo Interdisciplinario.

---

<sup>33</sup> Paykel, 1994, pág. 39.

Estrategias de mudanza se centran en aprender a combatir la desmoralización, la manipulación social, la manera de enfrentar y de resolver los problemas. Consolidar la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta. Síntomas que responden bien a los psicofármacos: signos vegetativos, anhedonia, enlentecimiento psicomotor, delirios y alucinaciones auditivas. Y los que responden a psicoterapias son: disminución de la autoestima y sentimiento de culpa inapropiada.

#### **A. Etapas del tratamiento**

La primera etapa es establecer la alianza terapéutica a través de la empatía. Evitar el error de focalizar lo “positivo”, que no hay razón para estar deprimido. Estructurada la empatía, verificar las causas, evitando el error de interpretar prematuramente. El psicoterapeuta debe escuchar y comprender el sufrimiento del paciente.

Hay culpabilidad relacionada con la agresividad, y, si hay, verificar a quién la dirige. Al paciente colérico, permitirle que exprese de manera asertiva. Ver y aceptar que el momento es doloroso y difícil.

Los pacientes depresivos provocan fuertes sentimientos en los psicoterapeutas: desesperación, cólera, deseo de adoptar, auto-responsabilizarse;

que se tiene la llave de la vida del paciente. El paciente se da cuenta que no sabe vivir para él mismo, que nunca se ha escuchado, que nunca ha sido capaz de autoafirmarse, que sólo estaba preocupado en obtener aprobación.

El psicoterapeuta tiene que ayudar al paciente a encontrar nuevas formas de vivir: ser capaz de vivir de otra manera; permitir al paciente disminuir la ansiedad y que se vean capaces de descubrir e implantar estas nuevas estrategias de vida. Preparar al paciente para recaídas detectando señales, aprendiendo a pedir ayuda y previniendo peligros.

En el tratamiento de la depresión, lo primero que querríamos señalar es que su tratamiento es urgente. Significa que, una vez realizado el diagnóstico de depresión, débese partir para estrategias terapéuticas que ayuden al paciente a mantener una cierta estabilidad emocional. Cuando se dice que es urgente, significa que una vez que se hace el diagnóstico de depresión, hay que empezar a tratar en ese mismo instante.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico de depresión, en resumen, el tratamiento debe ser inmediato. La depresión sola no se cura. Si alguno os dice que ha tenido una depresión y que se ha curado solo, es porque no padecía una depresión. Se curan, naturalmente y evolucionan favorablemente los duelos complicados, las situaciones de duelo, las reacciones de tristeza, determinados tipos de situaciones de estrés postraumático. Claro que se puede evolucionar

favorablemente si la fortaleza yoica del sujeto y el apoyo social externo es adecuado. Pero un Trastorno Depresivo DSM-IV , un episodio depresivo mayor solo, no se cura. La depresión es una enfermedad que se cura, que se cura muy bien, además, que tiene un tratamiento excelente y vamos a empezar ese tratamiento a partir de este mismo momento.

El tratamiento de la depresión es largo. Eso es algo con lo que tenemos que contar y que tenemos que saber en el momento en el que ponemos el tratamiento en marcha, porque si no, podemos engañar a nuestro paciente. La enfermedad se cura, la enfermedad se trata, como en la intervención psicoterapéutica. Bien es verdad que disponemos de técnicas breves en forma de psicoterapia breve de inspiración psicoanalítica o de psicoterapias cognitivo-comportamental también breves. Pero va a ser largo.

Todavía se encuentran controversias sobre el tiempo de un tratamiento con psicofármacos. En alguna forma de trastorno del estado de ánimo, como puede ser el trastorno Distímico, en la Distimia, hoy parece bien sentado que el tratamiento farmacológico debe superar los dos años, de tratamiento continuado. En los trastornos depresivos con episodio único, en el primer episodio depresivo, como mínimo seis meses, entre seis y ocho meses. Pero, en cualquier caso, insistimos, el paciente tiene que saberlo desde el primer momento.

Es importante saber que en el momento en que se hace un diagnóstico de depresión, leve o moderada o mayor, requiere tratamiento. Si no, no es una depresión. No importa el grado clínico de intensidad sintomatológica. Si es una depresión, cumple los criterios DSM-IV de trastorno depresivo, requiere tratamiento inmediato. Si no, es que no es una depresión. Y si no es una depresión será una reacción de duelo, de tristeza, será otra cosa. Puede ser un brote agudo de angustia que puede confundirse con un trastorno depresivo.

La Distimia o el Trastorno Distímico, es lo que antiguamente se llamaba una depresión neurótica o reactiva. Son mas incapacitantes, responden peor a los tratamientos y necesitan tratamientos más largos. La Distimia se ha demostrado en los últimos años, como el peor de los trastornos posibles. Requieren mas tiempo y tienen más riesgos.

## **B. Tratamiento Biológico de la Depresión**

Es un tema largo, tremendamente largo y hay tanta información en este momento sobre los antidepresivos, que vamos a señalar solamente principios generales. Son principios o recomendaciones de la O.M.S. Todo antidepresivo, implica lo biológico. Una persona con un trastorno depresivo, que toma antidepresivos debe saber otra serie de cosas. Hay otros tipos de medicamentos que pueden agudizar la depresión, algún tipo de alimento, sobre todo asociado

con ciertos antidepresivos. Un esquema terapéutico general, incluye lo biológico, lo psicosociológico, lo psicoterapéutico, incluyendo la psicoterapia de apoyo.

Familiarizarse con pocos antidepresivos, es una recomendación general. En este momento hay treinta y tantos antidepresivos comercializados en España con principios activos. Cada día aparece a su vez un antidepresivo nuevo en el mercado. Según la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, se pueden manejar todas las situaciones de la clínica, con no más de cuatro antidepresivos.

Los fármacos antidepresivos son: los Tricíclicos (inhibe la serotonina, la catecolamina, bloquea los colinérgicos); los Tetracíclicos; IMAOs clásicos; nuevos IMAOs; ISRS; Litio; Carbamazepina. La Paroxetina es un inhibidor más potente y selectivo de la recaptación de serotonina que fluoxetina, sertralina, zimeldina o clomipramina.



<b>Naturaleza</b>	<b>Fármacos</b>	<b>Dosis Media</b>
<b>Tricíclicos</b>	Imipramina	75-150 mg/día
	Clomipramina	75-150 mg/día
	Amitriptilina	75-150 mg/día
	Trimeprimina	75-150 mg/día
	Nortriptilina	75-150 mg/día
	Doxepina	140-210 mg/día
	Lofepramina	70-140 mg/día
	Amineptina	100-200 mg/día
	Quinupramina	5-7,5 mg/día

<b>Tetracíclicos</b>	Maprotilina	75-150 mg/día
	Mianserina	30-90 mg/día

<b>IMAO *</b>	Iproniazida	50-75 mg/día
	Nialamida	100-200 mg/día
	Fenelzina	30-45 mg/día
	Tranilcipromina	20-40 mg/día
	Moclobemida (RIMA)	150-300 mg/día

<b>Serotoninérgicos Selectivos SSRI*</b>	Fluvoxamina	100-200 mg/día
	Fluoxetina	20-60 mg/día
	Paroxetina	20-40 mg/día
	Sertralina	50-100 mg/día
	Citalopram	20-60 mg/día

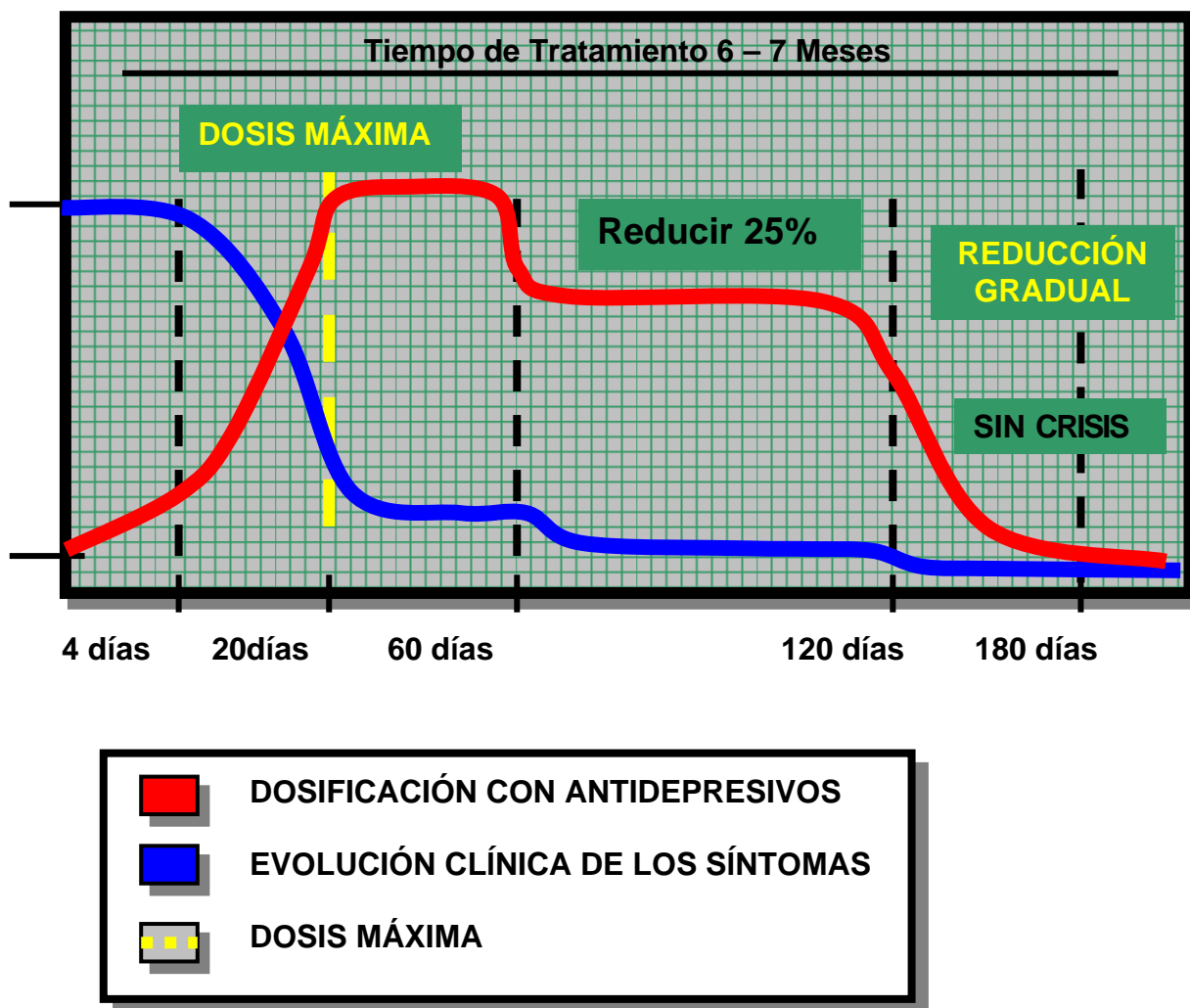
\* **IMAO** = Inhibidores de la Mono-Amino-Oxidasa

\* **SSRI** = Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

#### a) **Farmacodinámica**

La dosificación de antidepresivos debe ser adecuada. Ése puede ser uno de los inconvenientes del tratamiento de la depresión. De hecho, los antidepresivos suponen uno de los grupos farmacológicos menos peligrosos, menos tóxicos del total del grupo farmacológico disponible. Un punto a señalar en

relación con la dosificación de los antidepresivos es que hay que hacerlo siempre de forma escalonada. La dosificación de los antidepresivos es una dosis en función del tiempo y debe ser según la siguiente curva:

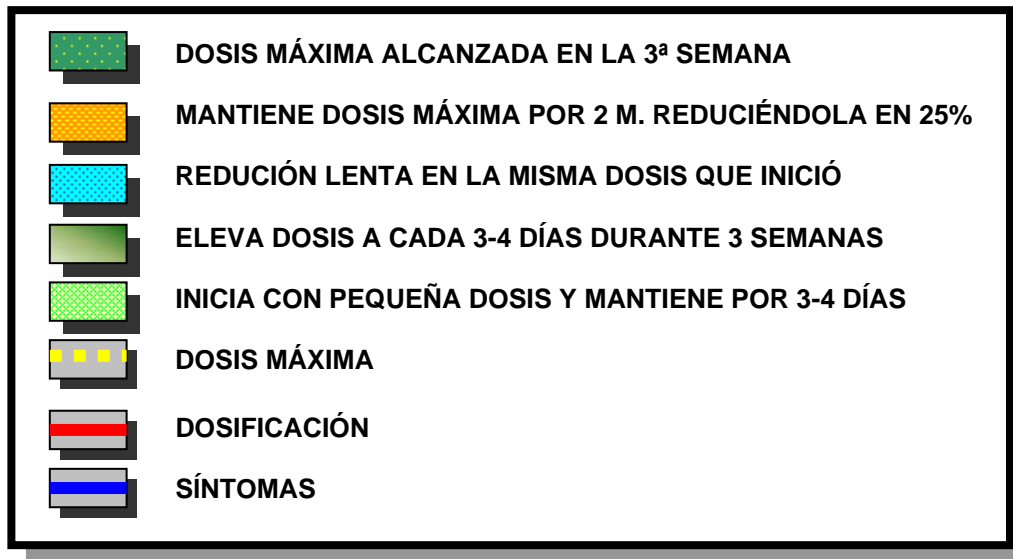
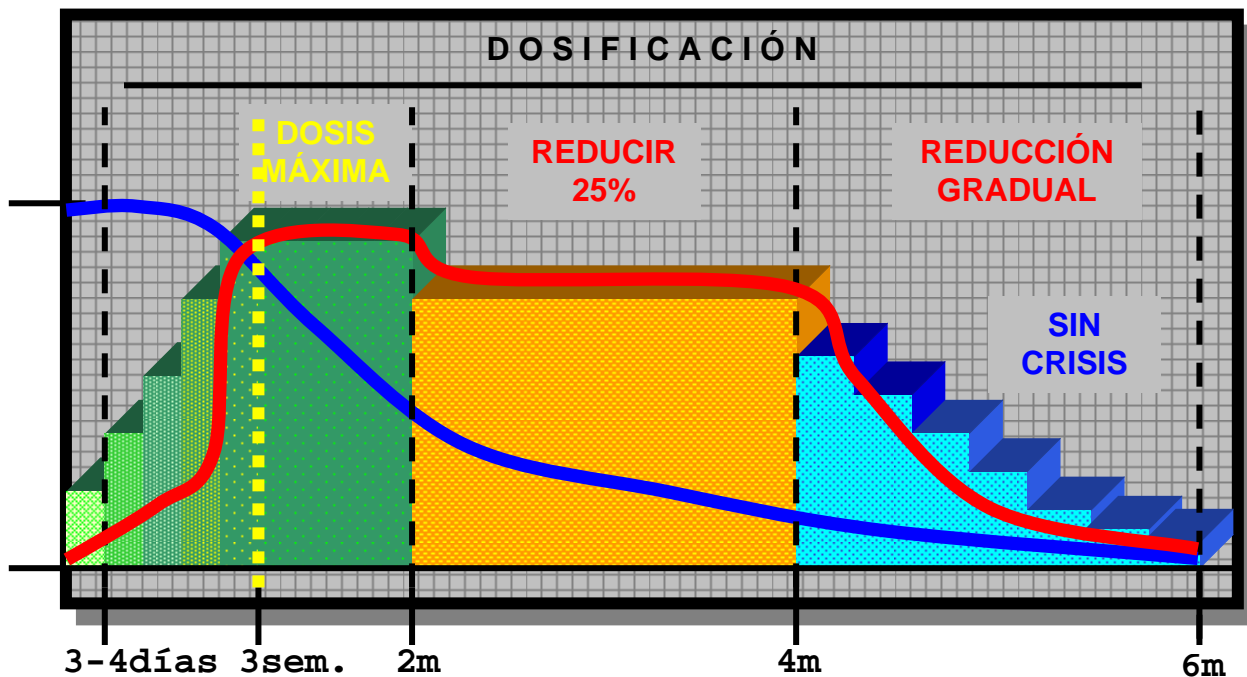


Se puede observar en la gráfica, que en rojo está la dosificación de los antidepresivos y en amarillo está la evolución clínica de los síntomas de la depresión. Los síntomas van disminuyendo a medida que se va aumentando la dosis. La pauta de medicación aconsejable consiste en iniciar el tratamiento con una dosis baja (por ejemplo, 50-75 mg/día para fármacos tipo imipramina,

amitriptilina o maprotilina), y al cabo de 3 o 4 días se eleva la dosis, posteriormente aumentando de forma gradual en fracciones de 3 o 4 días hasta alcanzar la dosis máxima ideal (150-200 mg/día) en la segunda o tercera semana de tratamiento. Esta dosis máxima se mantiene 6 u 8 semanas, incluso si se ha conseguido una mejoría clínica notable con anterioridad. Luego se reduce paulatinamente la dosis entre la sexta y la duodécima semanas de tratamiento, pudiéndose interrumpir éste o continuarlo, según el caso, en función de grado de remisión, persistencia de motivaciones, etc.

A menudo es necesario proseguir el tratamiento, con dosis decrecientes, hasta los 6 meses. La mejoría suele ser evidente en el curso de la tercera semana y alcanza su grado aún más efectivo entre la cuarta y la quinta semanas. Se aumenta y, ulteriormente, se disminuye lentamente para evitar básicamente la irrupción brusca de los efectos secundarios, que pueden ser muy desagradables al organismo y hacer una cierta adaptación.

Se puede observar claramente en el gráfico:



Una vez mantenidos por dos meses la dosis máxima prevista, se puede hacer una reducción de aproximadamente el 25% de la dosis sin que se modifique para nada en absoluto la respuesta de evolución clínica (la evolución clínica se va a mantener), lo que se llama el 'efecto ventana' de los antidepresivos. La cantidad de

síntomas va disminuyendo a medida que aumenta el consumo de la medicación. El paciente empieza a encontrarse mejor a partir precisamente de las dos o tres semanas. Pasado aproximadamente un mes, el paciente se ha estabilizado, está sensiblemente mejor, y una vez conseguida esta situación, pasará así cuatro meses más, como mínimo, para contabilizar en total entre los seis y los siete meses.<sup>34</sup> La reducción de la dosis final, cuando se da por terminado el tratamiento, ha de ser también lenta, y con el mismo orden en que se comenzó el tratamiento entre dos y tres semanas también, para la supresión total del fármaco. Cuanto más antiguo es el antidepresivo, más rígidamente se debe llevar esta pauta. Con los antidepresivos modernos no es necesario ser tan rígido porque se toleran mucho mejor y además la dosis es menor. Se suele utilizar un solo comprimido al día y las cosas son mucho más fáciles. Pero cuando utilizamos antidepresivos tricíclicos, y heterocíclicos en general, se hace una dosificación más lenta hasta llegar a la dosis máxima prevista por la gravedad de la depresión, por la edad del sujeto, etc.

Los tratamientos con antidepresivos deben mantenerse un mínimo de seis meses y si esto no es posible, mejor es no empezarlos. Los antidepresivos pueden tener un efecto terapéutico, un efecto curativo, sobre todo los antidepresivos que son inhibidores de la recaptación de la serotonina, tanto los de primera, segunda y desde luego, tercera generación, pueden mejorar la síntesis o la funcionalidad de los receptores serotoninérgicos postraumáticos. Pero para eso

---

<sup>34</sup> Informaciones de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, 1997.

es imprescindible que la dosis sea adecuada y que la duración del tratamiento sea larga.

La O.M.S. recomienda la posibilidad de cambiar el antidepresivo, en ese porcentaje de pacientes que no responden al cabo de cuatro o seis semanas; una de las cosas que hay que hacer, antes de considerar que la depresión es resistente, es cambiar los antidepresivos.

#### **b) Efectos Secundarios**

Vamos a hablar ahora de los efectos secundarios. Los efectos secundarios de estos medicamentos tienen que ser advertidos en el momento en que se le recomiendan al paciente. Si el paciente no se entera de los efectos colaterales puede entrar en pánico e incluso abandonar el tratamiento. Se le debe decir por ejemplo, que el antidepresivo sólo será fatal, si es tomado en altas dosis - más de dos cajas. Los tricíclicos son los que se toleran peor. Los más modernos se toleran estupendamente bien y los efectos secundarios son escasos, pero aunque escasos, el paciente debe conocerlos.

Los efectos secundarios aparecen de inmediato, el paciente tiene que conocerlos desde el primer día. Los efectos primarios aparecen después de 15 días. Los psicólogos tenemos que saber también y lo tienen que saber nuestros

pacientes, que el tratamiento con antidepresivos es incómodo y no peligroso, y que tampoco es tóxico. Los antidepresivos son muy poco tóxicos, muy poco peligrosos sobre todo los antidepresivos modernos, pero es verdad que son desagradables, sobre todo los tricíclicos.

El Citalopran, antidepresivo de última generación puede producir sensación nauseosa y dolor de cabeza. El efecto sedativo es muy rápido y los efectos secundarios aparecen de inmediato, por esto son imprescindibles las orientaciones al paciente de cómo manejar los efectos secundarios. El tratamiento de los efectos secundarios es similar, independientemente del fármaco que el paciente esté tomando. Los efectos secundarios son:

<b>Boca seca:</b>	Beber bastante agua; masticar chicle sin azúcar; cepillar los dientes varias veces al día.
<b>Estreñimiento:</b>	Comer fibras, ciruelas, frutas y verduras.
<b>Problemas vesiculares:</b>	Dificultad en orinar y posibilidad de dolor. Resulta efectivo que sea administrado el betanecol.
<b>Problemas Sexuales:</b>	Alteración del desempeño sexual. Una farmacoterapia con neostigmina para problemas eyaculatorios, el betanecol para disfunción de la erección, y citroheptadina para inhibición del orgasmo.
<b>Visión borrosa:</b>	Es un efecto pasajero. Avisarle para que no se compre gafas nuevas. El síntoma puede mejorar con gotas colinomiméticas.
<b>Mareo:</b>	Levantarse lentamente y sentarse inmediatamente si experimenta vértigo.
<b>Somnolencia:</b>	De efecto pasajero. No conducir o trabajar con equipos muy pesados.

Un efecto secundario de todos los antidepresivos es la posibilidad de producir hipomanía, al menos una hipomanía farmacógena como se llama, sobre todo en los pacientes con trastorno bipolar que aceleran el cambio de fase y que se coloquen, después de empezar a tomar el antidepresivo, en la fase maníaca. Y si una persona tiene riesgos, porque tiene sintomatología previa hipomaniaca, y está en la fase maníaca, no utilizar nunca jamás un desinhibidor.

En los antidepresivos, los de primera generación son los que, en general, se llaman tricíclicos. De los más conocidos, el primero que se comercializa es la Imipramina. Los efectos secundarios de los tricíclicos, fundamentalmente tenían que ver con los efectos colinérgicos, sobre todo unos más que otros, porque no todos los tricíclicos son igualmente sedantes, pero hay algunos que pueden producir mucha sedación a lo largo del día. Algunos pacientes se quejan de marearse cuando se levantan bruscamente, un fenómeno de 'hipotensión ortostática'. El paciente nos dice que, efectivamente, estaba viendo la televisión y fue a levantarse bruscamente del sofá para irse y en ese momento notó como que se mareaba, como que perdía el conocimiento, que tuvo que agarrarse rápidamente a la silla hasta que al cabo de unos segundos desapareció. Si no sabe el paciente que eso es un efecto de la medicación, de los tricíclicos, le puede angustiar terriblemente, porque puede pensar que va a ser otra cosa. Al cabo de unos segundos desaparece y no tiene mayor peligro.



Los tricíclicos son inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Algunos se llaman tricíclicos porque en su fórmula química aparecen tres ciclos, tres estructuras, luego aparecen los tetracíclicos.

Se dispone aproximadamente de treinta y seis años de experiencia - desde 1967- con antidepresivos en el mercado, distintos de los inhibidores de la monoaminoxidasa (enzima que destruye la adrenalina, noradrenalina, serotonina), que son anteriores incluso a la Imipramina y que ya en la práctica se utilizan muy poco, por sus inconvenientes con los efectos secundarios y con las interacciones con otros medicamentos. Un efecto secundario bastante frecuente de estos últimos medicamentos es el dolor de cabeza durante unos días. Los efectos secundarios de los inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina, a dosis adecuadas, son pocos y casi nunca obligan a los médicos a suspender el tratamiento.

Una cosa importante que también el paciente tiene que saber es que todos los antidepresivos presentan período de latencia. Lo que no ocurre con las Benzodiacepinas, o con los ansiolíticos o antipsicóticos, pues el efecto sedante y ansiolítico de estas medicinas es rapidísimo. En cuestión de segundos si es por vía parenteral. En una crisis de ansiedad no hay nada que hacer. Pero en una situación de ansiedad, no en forma de crisis sino de ansiedad importante, a los doce o quince minutos después de haberse tomado una pastilla de cualquier Benzodiacepina, el paciente va a notar que está muchísimo mejor. Y sin embargo,

para notarse mejor del estado de ánimo con antidepresivos va a necesitar quince días. Eso es lo que se llama periodo de latencia.

Los efectos secundarios van a ser superiores a la capacidad de tolerancia, a la tolerancia a la frustración. Así que el paciente tiene que saberlo y, además, tiene que confiar mucho en el tratamiento y en los médicos. Él tiene que saber que desde que toma estas pastillas, al día siguiente de empezar a tomarlas los efectos desagradables serán inmediatos. Los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos son instantáneos. A los veinte minutos tienen la boca seca. Y si la dosis es muy alta y estamos utilizando tricíclicos pues seguramente tiene sedación, visión borrosa y el resto de los efectos secundarios. Pero, sin embargo, para empezar a notar el efecto beneficioso tiene que estar entre diez y quince días. En estos 10 días el paciente va a estar todavía peor de lo que estaba antes y, tiene que saberlo, porque si no, abandona el tratamiento.

### **c) Tratamiento Combinado y Multidisciplinar**

Es imprescindible también para trabajar con población depresiva, la coordinación con el equipo terapéutico. Todos los que forman parte del equipo terapéutico que va a tratar a este paciente: él médico de cabecera, el Centro de Salud, el psicólogo, psicoterapeuta, psiquiatra prescriptor de medicamentos, todos

tienen que mantener una postura coherente y tienen que estar coordinados. Todos tienen que decir lo mismo.

No se puede trabajar con medicamentos, con psicofármacos si no se hace simultáneamente psicoterapia.

Dentro de las estrategias terapéuticas que se han propuesto hace ya mucho tiempo, están: 1º) Informar adecuadamente al paciente de los efectos secundarios y del tiempo de reacción; 2º) Siempre que se recomienda la utilización de un antidepresivo, una revisión inmediata, como máximo una por semana.

Una vez puesto medicamentos a un paciente con trastorno depresivo él tiene que volver a la consulta médica transcurridos entre 8 y 10 días para una revisión, a contar desde el comienzo del tratamiento, por estos efectos secundarios, molestos, desagradables, estos problemas o inconvenientes que puede tener el tratamiento. Porque si el médico le cita para dentro de tres meses, como se suele hacer todavía, evidentemente, la probabilidad de que comparezca al cabo de tres meses, tomando la pastilla no supera al 20%. El abandono del tratamiento supera el 80%, porque en esos tres meses el paciente ha tenido tiempo de escuchar cualquier otra cosa sobre los efectos secundarios del medicamento. Porque se va a encontrar mal. Se encuentra peor de lo que se encontraba antes de empezar a tomar la medicación. Y, naturalmente, va a dejar el tratamiento. Si, en lugar de comentarle a la vecina sobre eso, se lo dice al psicólogo o psiquiatra, cabe la

posibilidad de que se continúe haciendo la psicoterapia de apoyo que él necesita, del mantenimiento de la autoestima, de confianza en la relación, en la función del medicamento y que probablemente mantenga el tratamiento. Siempre que se recomienda un antidepresivo las revisiones deben ser próximas (1 semana), y con una periodicidad no superior a un mes.

#### **d) Niños**

La utilización de psicofármacos en la infancia, concretamente, se desarrolla a partir de los años cuarenta. La prescripción de un psicofármaco a un niño implica un movimiento sociocultural, y sobre todo un movimiento sociofamiliar que a nosotros nos agobia mucho y que tiene que ver con la designación definitiva de 'enfermedad'. Hay un tratamiento con antidepresivo como la Imipramina o la Clomipramina, en el tratamiento de la Enuresis. Estamos hablando, por tanto, en niños de más de siete años para poder hacer un diagnóstico correcto de Enuresis nocturna. Hay que tener mucho cuidado con los niños. Cualquier recomendación farmacológica al niño le va a convertir para siempre en un enfermo.

Con los niños se tiene un verdadero problema en lo que se refiere a la medicación. Teóricamente se pueden administrar antidepresivos a cualquier edad, haciendo la correspondiente corrección, lógicamente, de dosis en función del peso.

En casos de anorexias de oposición del niño que se niega a comer, lo consideramos como un trastorno depresivo familiar. El hecho de prescribir la medicación al niño hace que el resto del grupo familiar eluda la responsabilidad y, por lo tanto, el acceso a su propia psicoterapia. Cuidar para que no sea el medio lo que va a definir a ese niño como enfermo. Los médicos tienen mucha responsabilidad en cuanto a este aspecto. Sin embargo, la mayor parte de los médicos, cuando prescriben un medicamento a ciertos niños de ciertas familias no están en absoluto convencidos de que el niño sea el único enfermo. Prescriben algún tipo de medicación, pero sin embargo, piensan en lo comprometidos que está ese padre o esa madre, o la familia. Sin embargo, quien se lleva la receta es el niño. Eso es muy peligroso.

Hay que pensar que la mayor parte de los psicofármacos interfieren en el sistema hipotálamo-hipofisario, y básicamente en la secreción de prolaxia y de la hormona de crecimiento. Se debe tener mucho cuidado antes de prescribir un psicofármaco a un niño. Mucho cuidado también con los estimulantes del apetito o las famosas vitaminas. Porque el niño puede pasar de la anorexia, que es una mascara de la depresión, a la depresión agresiva por ejemplo. Cuando se prescribe una medicación a un niño se le está designando el rótulo de enfermo, puesto que tiene el niño que tomar las pastillas que se compran en la farmacia, y a diario. Y muchas veces el médico está seguro de que este niño no está enfermo. Pero el médico, en el intento de ayudar al niño de la patología de los padres, receta un antidepresivo, para que pare de orinar en la cama y para que cesen las agresiones

verbales y muchas de las veces físicas, contra el niño. Es una tentativa de 'salvar' a este niño de la enfermedad de los padres.

El diagnóstico de depresión en un niño, generalmente sólo se hace a partir de los cuatro años. No es que no esté deprimido antes, probablemente lo está, pero el diagnóstico de depresión, para que presente sintomatología que pueda ser más o menos relacionada con la depresión, en la práctica clínica el niño va a tener seguramente más de cuatro años. De forma que podemos pensar que el niño con seis meses ya está deprimido. Pero no estamos seguros de si esos síntomas son depresivos o tienen otro origen. El antidepresivo es siempre la última herramienta, incluso cuando el médico está seguro de que es una depresión, un trastorno depresivo.

Muchos de los inconvenientes que puede tener el tratamiento de un adulto, el niño no los tiene. El hígado, el riñón, y el corazón también funcionan muy bien. Con lo cual si le damos la dosis adecuada a su peso y a su superficie corporal, pues seguramente no va a tener ningún problema. El niño con seis, siete o diez años tiene muchas ventajas con respecto al adulto, porque algunos de los riesgos que pueden tener los antidepresivos con personas con cardiopatías con enfermedades cardíacas severas no se presentan en la infancia, pues un niño no va a tener una enfermedad cardíaca, ni va a tener una enfermedad hepática, ni va a ser un cirrótico ni va a beber alcohol.

### **e) Suspensión**

No se debe proceder a suspender la medicación con antidepresivos en situaciones críticas, ni tampoco en situaciones de crisis vitales. Por ejemplo, el ingreso hospitalario de otro miembro de la familia, el cambio de domicilio. El cambio de domicilio supone sistemática y universalmente la aparición de sintomatología en todos los casos de las personas sanas. Se espera a que eso se haya resuelto para suspender la medicación.

### **f) Indicación**

En el caso de un trastorno depresivo con elevado riesgo de suicidio, el mejor antidepresivo es la Imipramina. Es un antidepresivo tricíclico, administrado en dosis muy altas. Es un antidepresivo muy sedante y con un potente efecto antidepresivo, pues es un estimulante del humor. Al paciente con riesgo de suicidio inminente, en estado de crisis pueden administrársele grandes dosis de Imipramina, entre 150 y 300 mg/día. Eso significa que el paciente va a estar dormido. Pero exactamente eso es lo que se pretende en una situación de riesgo inminente, de alto riesgo de suicidio.

Un tipo muy concreto para indicación de antidepresivo es el paciente con un trastorno depresivo de núcleo melancólico, pero con un trastorno obsesivo-compulsivo. Parece ser que el antidepresivo particularmente eficaz es la

Clomipramina, al menos hasta ahora, porque los laboratorios no paran de lanzar al mercado fármacos de nueva generación, de mayor eficacia y reducción de reacciones adversas. Ahora también se utiliza en este trastorno la Paroxetina. La administración de alimentos y medicamentos de los EUA, acaba de aprobar hace poco tiempo este tratamiento para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Son también eficaces los antidepresivos en las depresiones inhibidas. Estas depresiones van a responder mejor a antidepresivos desinhibidores, lógicamente. Un antidepresivo desinhibidor puede ser la Fluoxetina. Pero mucho cuidado en las depresiones inhibidas tratadas con la Fluoxetina con el riesgo de suicidio. Porque si una persona con una depresión inhibida, sin embargo presenta riesgo de suicidio, nunca se le puede administrar un antidepresivo desinhibidor, porque posiblemente esa desinhibición es lo que permite la conducta autolítica - autodesintegradora -, la conducta autodestructiva. Se le puede dar a una persona con depresión inhibida sin riesgo de suicidio la Fluoxetina, porque está muy agotado, inhibido, tiene fobia social, dificultades de relacionarse con los demás, dificultades para el trabajo, pero no tiene como primario la ideación suicida en su discurso. Y sin embargo, en las depresiones ansiosas, vamos a utilizar mejor un antidepresivo más sedante.



### **g) Interacciones entre Fármacos**

En lo que se refiere a la asociación de medicamentos en el tratamiento de trastornos depresivos, es raro que se tenga que utilizar más de dos medicamentos. Si una persona padece una depresión ansiosa, entonces se utilizan antidepresivos sedantes. En lugar de darle un antidepresivo, y un sedante, y un tranquilizante, y etc. la indicación es la de un antidepresivo ansiolítico. El más sedante de todos es la Amitriptilina. Si no se utiliza adecuadamente puede ser un medicamento mal tolerado. Así que la Amitriptilina es reservada a pacientes con depresiones angustiadas, con depresiones ansiosas, que está muy deprimido y además está con mucha angustia. Entonces a un paciente que está con una depresión angustiada, en lugar de darle Fluoxetina, que le va a agitar todavía más, porque este medicamento puede producir una reacción de excitación en muchos casos, y luego darle Benzodiacepina, lo más indicado es darle Amitriptilina sólo. Con Amitriptilina el efecto sedante es inmediato, la angustia va a desaparecer al día siguiente, la sedación es inmediata, Y diez días después va a aparecer la mejoría de la depresión. Pero la ansiedad, y seguramente es el motivo de la consulta, lo que le produce malestar, desaparece en la misma noche. Esta medicación debe ser usada sola, no utilizarla con otra medicación.

Los desinhibidores como la Fluoxetina, se prescriben por la mañana, en dosis única matinal, porque son desinhibidores, pueden tener una cierta reacción excitante, y pueden producir trastornos en el sueño por lo que la

Fluoxetina no debe tomarse por la noche y no más allá del mediodía. Habitualmente es suficiente una dosis única de 20 mg de Fluoxetina por la mañana con el desayuno. Sin embargo, con los otros que son más sedantes, la Imipramina, la Clomipramina, la Amitriptilina, que producen sueño, es administrado en dosis única nocturna. Así se aprovecha precisamente de ese sueño, de esa somnolencia que produce en horario propio, descansando durante las horas nocturnas.

El Litio no se plantea siquiera como antidepresivo. El carbonato de Litio es un antimaníaco y se utiliza casi exclusivamente en el trastorno depresivo bipolar, para controlar las fases maníacas. Tanto el Litio como los inhibidores de la monoaminoxidasa no tienen lugar dentro de la depresión enmascarada, la depresión con síntomas psicógenos o psicosomáticos.

La Fluoxetina no se puede utilizar jamás en la fase maníaca. En una fase maníaca de la depresión el tratamiento es Imipramina, muy sedante y, eventualmente, de forma asociada o no, sales de carbonato de Litio.

Una vez realizado el diagnóstico de depresión hay que hacer algo en el mismo instante. La depresión supone un aumento de la disfunción social. La persona siempre tendrá una predisposición a deprimirse, por eso la importancia de la psicoterapia que reestructura el autoconcepto. A partir del diagnóstico iníciase inmediatamente el tratamiento psicológico y cuando es necesario se

solicita al profesional competente el psicofármaco adecuado. Es un tratamiento de larga duración y no conviene hacer un tratamiento con menos de seis meses. Para la Distimia son dos años con tratamiento continuado, y para un Episodio Depresivo un tratamiento no menor de 5 o 6 meses.

Según la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, el mayor error que se puede cometer en la práctica médica en el tratamiento de la depresión, es que en el momento en que el paciente empieza a estar mejor se le retira la medicación, obviamente con indicación médica.

### **C. Tratamiento Psicológico**

La intención al exponer en este apartado detalles del tratamiento farmacológico es la de contribuir para que el psicólogo, sirviéndose de estos conocimientos – independientemente del abordaje que elija para tratar a sus pacientes –, pueda trabajar con eficacia los pacientes que estén o estuvieran bajo tratamiento farmacoterápico. Alegaciones de que la Depresión no tiene ‘cura’ – me refiero aquí a los Trastornos Depresivos, no Bipolares –, que los enfermos tienen que ser medicados por toda la vida y que el tratamiento medicamentoso es “más eficaz” que el psicoterápico, difieren de mi experiencia clínica.

Muchos de mis pacientes venían de otros tratamientos. Colegas de diferentes especialidades, me remetían pacientes porque habían pasado por varios tratamientos sin obtener éxito alguno. Los que se habían sometido al tratamiento biológico – muchos por más de dos años y algunos inclusive por 14 años –, presentaban una sintomatología como si no hubiesen pasado por un tratamiento. En los casos que me llegaban sin psicofármacos, proseguí con el tratamiento psicológico sin auxilio medicamentoso, obteniendo excelentes resultados. En los casos en que los pacientes tomaban fármacos, con el acompañamiento de un especialista, redujimos la dosis rápida pero gradualmente, hasta quedar sólo con la psicoterapia, para que de esta manera fuera reforzada la confianza del paciente en sí mismo. Concluimos que el tratamiento psicológico sin psicofármacos puede ser tan breve como el biológico, de eficacia comprobada, de efecto duradero, y sin recaídas. Hubo casos de pacientes que habían pasado por un número considerable de especialistas, sometiéndose a varios exámenes. Indiscutiblemente, exámenes para descartar una etiología física son imprescindibles, no obstante, sabemos que todavía la Depresión y principalmente la enfermedad psicosomática son desquiciadamente diagnosticadas y tratadas, de ahí también el interés de conocer la “trayectoria” del paciente.

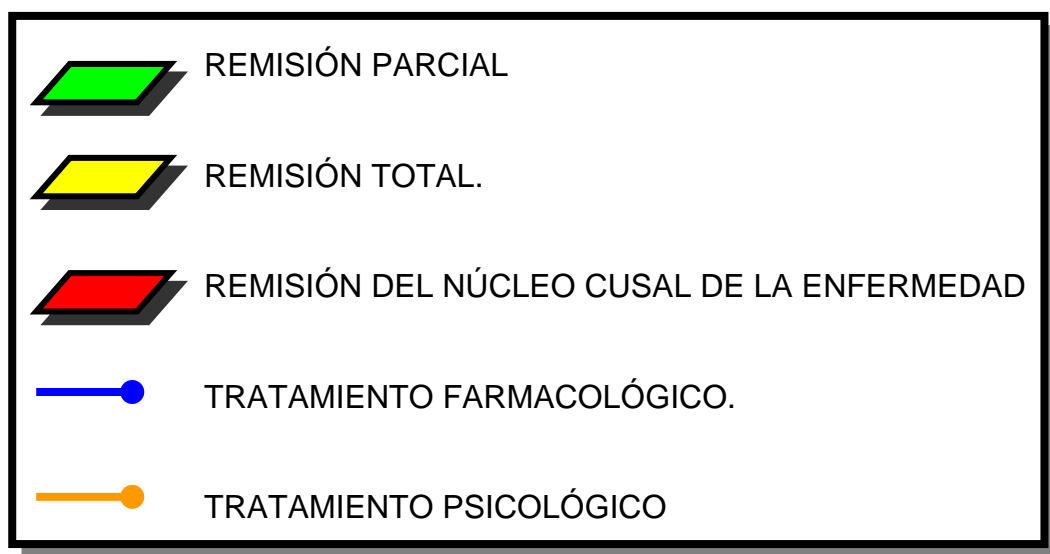
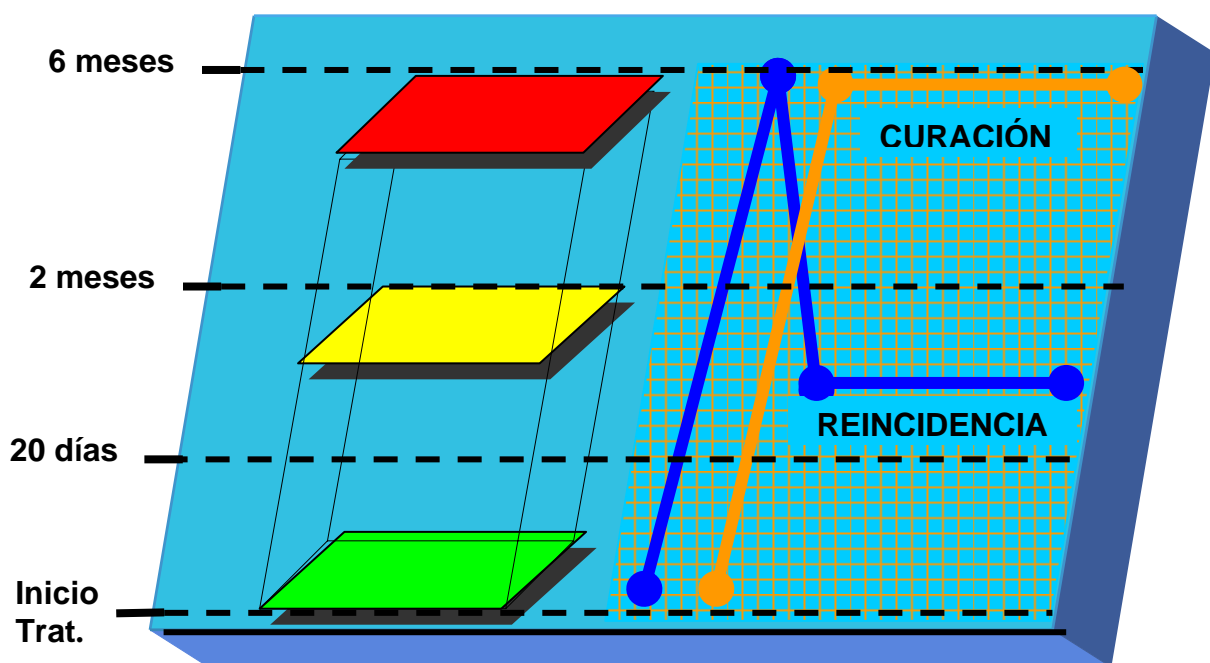
Un hecho interesante a destacar es que, de 120 pacientes analizados, como mínimo 100 tenían como núcleo causal el sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario, que hacía mantener los síntomas. Por razones obvias no se puede concluir que todas las enfermedades psicosomáticas y las Depresiones

tienen como núcleo causal el sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario. Considero la importancia del fármaco en el control de las crisis y en la remisión de los “síntomas-consecuencia”, sin embargo, respecto al factor causal de la enfermedad, el tratamiento psicoterápico alcanza mejores resultados. En mi experiencia con pacientes depresivos, no bipolares, pude observar que ambos tratamientos difieren significativamente en los resultados, en lo que se refiere a la elaboración y la remisión de los síntomas. Son datos que no están computados empíricamente y que posiblemente se quedarán para una futura investigación, de gran importancia para la psicología clínica en lo que se refiere al tratamiento, para lo que seguramente esta tesis podrá servir de apoyo teórico.

La ventaja del tratamiento psicológico sobre el farmacológico es la posibilidad de entrar en la naturaleza del problema, visto que el paciente es preparado para acceder a lo recóndito del inconsciente y encontrar el núcleo causal de la enfermedad, garantizando el entendimiento, la comprensión y finalmente la elaboración del problema que provoca la enfermedad. Podemos ver la evolución del tratamiento Psicológico – que se asemeja al farmacológico - de la siguiente manera:

Con el propósito de dilucidar el Tratamiento Psicológico en comparación con el Farmacológico elaboramos la siguiente gráfica:

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO



En la gráfica a la izquierda, está representada la evolución del Tratamiento Psicológico. De acuerdo con cada caso se puede prolongar el tiempo de tratamiento. Con 20 días de Tratamiento Psicológico se obtiene una remisión parcial de los “síntomas-consecuencia” de la Depresión y de la psicopatización.

En 2 meses hay la remisión total de los “síntomas-consecuencia”, en cuanto se aplican 4 sesiones a la semana. El tratamiento de la Depresión es urgente por el poder de “deterioración” que tiene esta enfermedad. Esto explica la estrategia de trabajar el paciente 4 veces a la semana, como un tratamiento intensivo para sacar al paciente del “fondo del pozo”.

En 6 meses alcanzase la remisión del núcleo causal de la enfermedad, salvo casos en que coexistan distintas psicopatizaciones u otros trastornos. En algunos casos este tiempo es suficiente. Para otros hace falta unas semanas más o inclusive un tratamiento más largo. Esto varía mucho de paciente para paciente y también de la intensidad de las resistencias, o en otras palabras, de la cantidad de máscaras e intensidad de las mismas.

En casos de Depresión con Culpabilidad, 6 meses pueden ser suficientes para el tratamiento, considerando que el análisis efectuado en este periodo proporciona al individuo adecuadas “herramientas” para una estructuración Yóica. Referente a la culpa inconsciente e imaginaria, nuestra experiencia clínica demostró que a los 6 meses más de 90% de los casos obtenían buenísimos resultados.

Algunos pacientes por motivos económicos solicitaban un tratamiento breve y empezamos a estructurar un tratamiento que fuera eficaz, considerándose la urgencia y gravedad, y que a la vez fuera más breve. Analizada su estructura

Yóica a los 6 meses de tratamiento, es tomada la decisión conjuntamente de parar o no el tratamiento. Optado por cesar el tratamiento, quedamos con el paciente que regresaría a la consulta pasados unos meses. Nuestra experiencia clínica demostró que los pacientes regresaban a la consulta manifestando muy buena salud mental. Había los que no regresaban y con estos casos optábamos por llamarles por teléfono y todos, sin excepción, nos dijeron estar gozando de perfecta salud y muy contentos por esto. No habían llamado por esta razón. Son pacientes que deseaban la “libertad” y por esto crearon un puente sobre el vacío, es decir, buscaron nuevas soluciones a sus problemas, contando con una estructura yóica tratada durante las sesiones, que les posibilitaba este desenlace. En lugar de dejarse detener por los obstáculos, se sirvieron de recursos que les permitían superarlos.

Los resultados de un Tratamiento Psicológico se mantienen, incluso transcurridos años del tratamiento. El individuo, con el Yo más bien estructurado y reforzado, es capaz de resolver sus propios problemas, ya que lo que le impedía resolverlos por sí solo era el núcleo causal, mantenido a nivel inconsciente. Es como eliminar la “piedra” que bloquea el camino: una vez eliminada se puede tranquilamente seguir adelante. Cuando se trata del uso de fármacos únicamente, observamos<sup>35</sup> mayor reincidencia. Pasado el efecto de las medicinas y eliminadas estas sustancias del cuerpo, estos individuos presentaron serias recaídas y

---

<sup>35</sup> Esta observación fue hecha con pacientes que venían de otros tratamientos, en comparación con los pacientes que ya habían se sometido al tratamiento psicoterápico en mi Clínica.



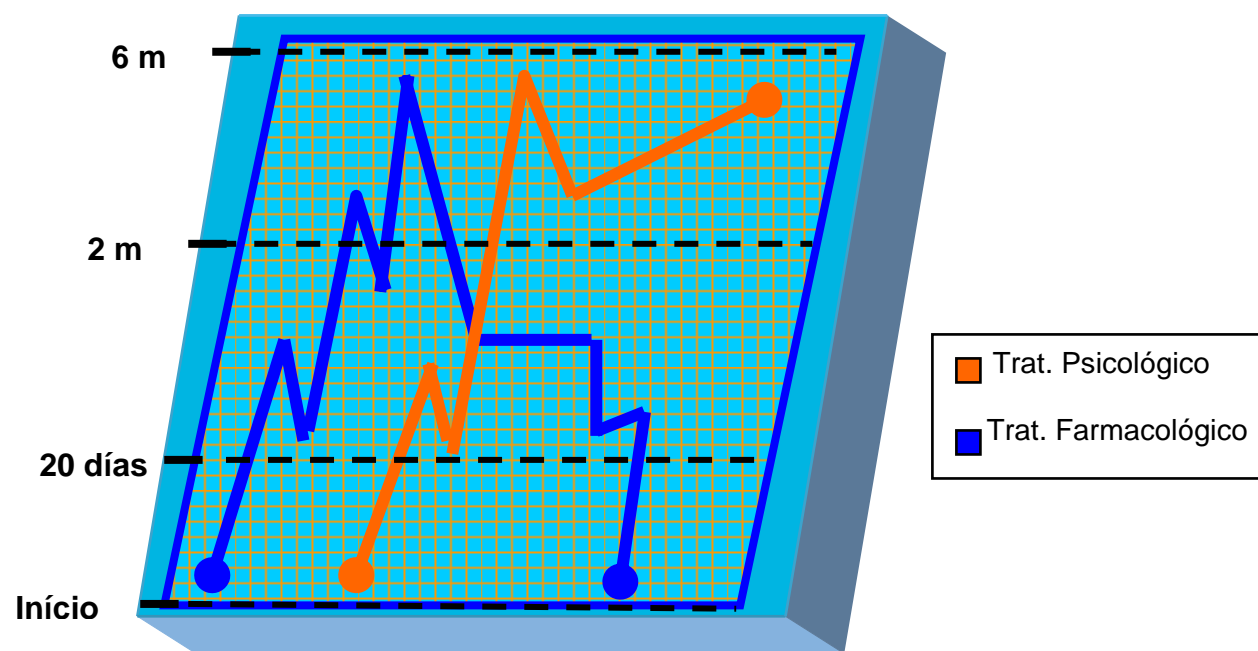
muchos de ellos volvían como al principio de la depresión. Reinciden, esto es, vuelven a tener los mismos síntomas, mostrándonos un cuadro de enfermedad igual al anteriormente “tratado”<sup>36</sup>.

Concerniente al lado derecho de la gráfica, tenemos representada la comparación del Tratamiento Farmacológico con el Psicológico respecto a los resultados: en azul esta el tratamiento Farmacológico que, en algunos casos, acompaña al Psicológico - representado por la línea naranja. No obstante, llegado a los 6 meses, observamos una diferencia significativa: el Tratamiento Psicológico mantiene el individuo en situación de estabilidad, por haber adquirido mejor estructura Yóica. En el tratamiento farmacológico, se nota una predisposición a la remisión. La disensión entre ambos tratamientos sugiere investigaciones más detalladas.

Podemos verificar esto claramente en la gráfica:

---

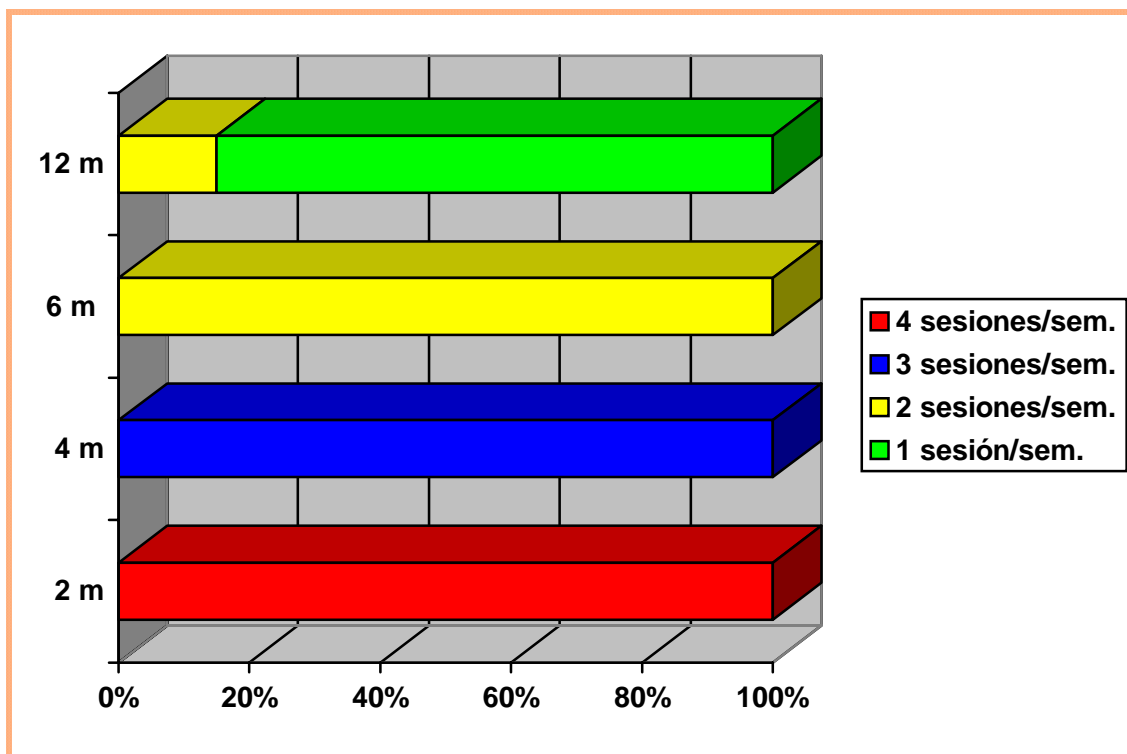
<sup>36</sup> Me refiero a los pacientes que llegaron a mí, provenientes de otros tratamientos.



Analizándose los resultados finales del tratamiento la evolución del paciente como un todo, se puede verificar en la gráfica que la línea azul se refiere al 'resultado' del tratamiento farmacológico: generalmente es ascendente hasta los seis meses - con algunas oscilaciones. Con la disminución de la dosis o la suspensión medicamentosa, un número significativo de pacientes vuelve a tener síntomas de intensidad igual a la del principio del tratamiento, esto porque no ha sido trabajado a nivel Yóico (consciente/inconsciente). No obstante, con el tratamiento psicológico - representado por la línea naranja - los resultados ascienden y se estabilizan con mayor estructura: el paciente a pesar de las recaídas, que son menos profundas por tener reforzado a su Yo, vuelve a la estabilidad de forma rápida, segura y eficaz.

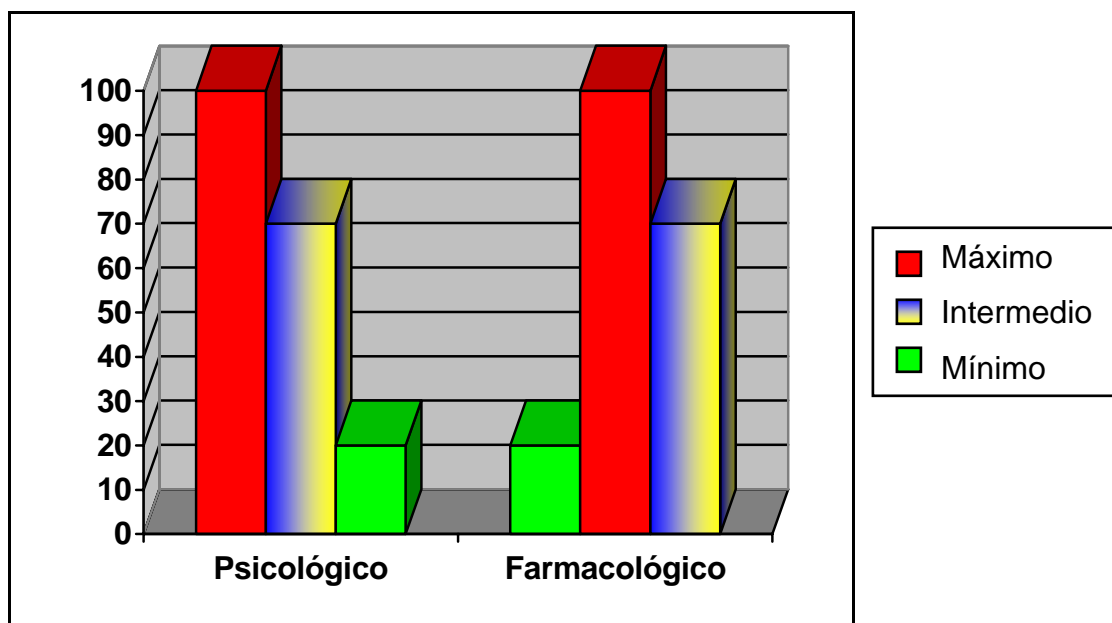
En el tratamiento psicológico, el paciente inicia con pocos cambios que van aumentando a medida que se adentra en el tratamiento. Se denotan cambios en la primera quincena: baja el nivel de angustia, los llantos, el desespero, la inseguridad, mejora el insomnio, la desmotivación da lugar a la expectativa de mejora y de posibilidades, hablan más, el 'peso' de la culpabilidad inconsciente e imaginaria da lugar al deseo de libertarse de este sufrimiento. Crease una necesidad de rescatar la autoestima y la confianza en sí mismo. En dos meses el paciente ya duerme bien, vuelve a las actividades diarias con más vigor y animo, mejor poder de concentración y atención, disminución de confusión mental y lapsos de memoria, el "dolor" generalizado e indescriptible desaparece, cambia el tono de voz, la postura, la manera de caminar, la expresión facial mejora significativamente. En 4 meses de tratamiento con la ausencia de los síntomas anteriormente descritos el paciente se encuentra más fortalecido esto facilita que en los meses subsecuentes se pueda adentrar al sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad llegándose al núcleo causal.

Cuando se logra trabajar y elaborar el sentimiento de culpa inconsciente e imaginario, paso a una sesión a la semana durante el tiempo necesario, variando de paciente para paciente.



En el tratamiento de la culpa inconsciente e imaginaria en 2 meses se logra “desvendar” o desenmascarar la enfermedad de la depresión o de la psicopatización. Posterior a esto, vamos en “búsqueda” de las “pistas” que los síntomas dejan como consecuencia de la culpa. Son síntomas que enmascaran la culpa. Desvían al paciente de la verdadera causa de su enfermedad, ya que la culpa le es insoportable e inadmisibles. Nadie quiere ser o sentirse culpable.

En la gráfica inferior está la representación de las “dosis” mínimas y máximas en ambos tratamientos:



#### D. El Manejo Terapéutico de la Depresión

##### a) Lo que debe hacerse:

Son unas recomendaciones positivas que se hacen a cualquier persona o paciente con un diagnóstico de trastorno depresivo. Por muy generales no deben ser desconsideradas.

Primeramente débese reconocer la enfermedad, aceptar al paciente y a la enfermedad como son. Reconocer que son personas que sufren mucho y por eso se encuentran muy irritables. No solamente la depresión mayor (o depresión

endógena), o cualquier trastorno del estado de ánimo DSM-IV dónde están incluidos los trastornos Distímicos (o depresión neurótica), y, por supuesto, los equivalentes depresivos, son personas que sufren tremendamente y que vienen a la consulta habitualmente muy rebotados, después de dar muchas vueltas por muchos servicios de asistencia pública o privada y casi nadie les reconoce lo mal que lo están pasando. Reconocer que está enfermo, que su enfermedad no es, en todo caso, una enfermedad demoníaca, y que esto es una de las valiosas aportaciones de la psicopatología de los últimos años sacándole todo el contenido anímico, no científico, a las enfermedades mentales.

Es una enfermedad que no se cura sola, necesita tratamiento, soporte psicoterapéutico, apoyo, pero tiene muy buen pronóstico. El pronóstico es favorable siempre que se ponga el tratamiento adecuado. Es la enfermedad psicopatológica de mejor pronóstico. La depresión es una enfermedad que se cura en un porcentaje altísimo de los casos. Y no se cura más porque desde mi punto de vista se trata, generalmente, muy mal. Requiere tratamiento largo, esto lo tenemos que tener muy claro, pero igual estamos seguros de que lo estará pasando muy bien dentro de muy poco tiempo. Todos los profesionales de la salud tienen que saber que la depresión sin tratamiento no se arregla.

Exponer al paciente todo el plan terapéutico previsto es sumamente importante. Hay que seguir un tratamiento intensivo, sobre todo en las primeras fases del tratamiento. No se puede utilizar medicamentos sin más. No se puede

decir que venga dentro de dos meses, porque lo va a dejar. El abandono del tratamiento es masivo con los medicamentos y psicofármacos que son más o menos incómodos o con algunos efectos secundarios. Hay que seleccionar una estrategia terapéutica. Saber cuánto tiempo se tiene que someter a determinado tratamiento, hace que el paciente se relaje mucho y disminuya mucho la auto exigencia para recuperar la autoestima. No hay nada que negociar con un antidepresivo o con la psicoterapia antes de los seis meses. De momento sólo vamos a hablar de lo que pueda interferir con el medicamento, efectos secundarios, etc. Tenemos que demostrar al paciente que tenemos mucha confianza en este plan terapéutico que le estamos proponiendo.

Naturalmente, el paciente tiene que conocer previamente los efectos secundarios de la medicación, en el caso de que la tome, y el tiempo de latencia. Tiene que saber que tendrá que ver al psicólogo y al médico de una forma regular para controlar efectos secundarios nuevos o cualquier cosa que le pase. Antes de abandonar el tratamiento es importante comunicárselo a los profesionales que le están tratando. Tiene que saber que va a tardar tiempo el efecto de la medicación antidepresiva, porque tiene un tiempo de latencia, unas semanas, para empezar a notar los efectos de la cura.

Facilitar orientaciones sencillas a la familia y al medio laboral sobre el manejo del paciente. Esta recomendación es importante cuando se pueda, porque no es siempre posible que la familia esté dispuesta a escucharnos. Muchas veces el

adulto viene con su pareja, el joven, con los padres. Si los padres tienen dudas con respecto al tratamiento o a la evolución, les pedimos que si quieren, nos ponemos a su disposición permitiendo que los familiares vengan a hablar con nosotros. Pero siempre con el paciente delante.

Orientar al medio laboral, aunque es una recomendación, es mucho más difícil. La depresión es una enfermedad que puede requerir una incapacidad laboral transitoria. Con seguridad, un brote depresivo en la primera fase requiere de una incapacidad laboral transitoria. La depresión es una enfermedad exactamente igual que las demás, pero no para nosotros sino para la OMS, y que está en la CIE-X, está en la clasificación internacional de las enfermedades.

Hay algo muy curioso que todavía ocurre con la depresión, aunque no en todos los países, que es la ocultación. Casi nadie tiene dificultades para pedir permiso en el trabajo para ir al dentista. Pero casi todo el mundo, sin embargo, tiene problemas para pedir permiso en el trabajo para ir al psicólogo o al psiquiatra. Esto es un fenómeno cultural que todavía necesita años y actitudes muy favorables por parte de nosotros los profesionales, siendo uno de los grandes inconvenientes, no sólo en lo que se refiere al trastorno depresivo, sino a cualquier enfermedad mental. Todo el mundo en la empresa sabe que fulanito tiene una úlcera de estómago y que toma sus pastillas. Pero nadie o casi nadie sabe que otro trabajador está siendo asistido periódicamente en la consulta de un psicoterapeuta.



El período de permiso de baja en el trabajo es de un mes aproximadamente, entre cuatro y seis semanas, porque a partir de ahí la posible necesidad de acudir al trabajo ya es terapéutico. Pero en esta primera fase, en la fase aguda, en la que estamos tratando personas con un gran nivel de sufrimiento que llevan mucho tiempo seguramente así, con mucha angustia, con mucha sintomatología, se puede necesitar de la ayuda de los psicofármacos. Para poder aceptar bien la dosis es común indicar como mínimo, cuatro semanas. A partir de las cuatro o seis semanas y dependiendo también de cómo sea el medio laboral de acogedor o no, se puede ir proponiendo la posibilidad de reincorporarse al trabajo. Cuidar para no convertir al paciente en un inválido.

Muchas veces es el propio medio laboral el que produce la patología, donde se proyectan las dificultades que no se pueden colocar en el medio familiar. Y entonces el paciente hace una reacción fóbica al medio laboral.

Desde nuestro punto de vista no es tanto el trabajo o el ambiente de trabajo el origen de sus conflictos y de sus problemas. Es mucho más fácil responsabilizar al trabajo, a la empresa, en lugar de responsabilizar al medio familiar o a la pareja. Así que se puede colocar casi siempre todo en el medio laboral. Se puede ayudar al paciente desinvistiendo de esa carga y trabajando el que ese miedo a volver a trabajar puede ser una fobia o desarrollo fóbigeno que puede incapacitarle más. Vamos a admitir, como con cualquier otra patología, un

cierto tiempo de baja y luego vamos a proponerle que se vaya reincorporando al trabajo.

En caso de utilizar de psicofármacos, no ocultar a la familia, e incluso en el trabajo, que está en tratamiento orgánico. El psicoterapeuta debe intentar manejar esto de forma adecuada. Porque que el paciente oculte la enfermedad tiene que ver con cómo se vive él como enfermo, y eso es uno de los objetivos de la psicoterapia, el mejorar la visión de sí mismo y la capacidad de reconocerse como deprimido. Eso es útil y terapéutico.

El tener claro el objetivo de la terapia es de fundamental importancia. El objetivo de la terapia termina cuando el paciente, pasado un tiempo, es capaz de manejarse consigo mismo y con los demás de una forma adecuada, saludable.

**b) Lo que no se debe hacer:**

Exigir al paciente concretamente que se “anime”, es un delito de negación de auxilio. Una persona con trastornos depresivos no se puede animar, porque si pudiera animarse, no estaría en tratamiento. No se le puede decir al paciente que no se preocupe o que no tiene importancia. Esta verbalización debería estar prohibida dentro de las consultas del ámbito de la salud. A los

depresivos se les dice sistemáticamente, que se animen y que pongan algo de su parte o se hacen invocaciones permanentes a la actividad voluntaria.

Cualquiera de los trastornos depresivos DSM-IV implica un trastorno del metabolismo de ciertos neurotransmisores y afecta a las capacidades volitivas. No tiene nada que ver con la voluntad y con la autoayuda ni con la autoanimación. Además, eso hace mucho daño. Al paciente depresivo, todavía, en ciertos ámbitos, se le considera, no un paciente con un trastorno afectivo sino como una persona con un retraso mental. Y la depresión no tiene nada que ver con un retraso mental. Así que tales tipos de recomendaciones no son adecuados por parte del profesional pues el paciente sabe muy bien que lo que tiene que hacer es animarse para hacer determinadas cosas que le gustaría hacer. Pero, naturalmente, no puede hacerlo. Y por ello, si lo intenta, al momento siguiente se halla más deprimido que anteriormente porque ha constatado su incapacidad y autoestima. Los depresivos no pueden soportar el cumplimiento de disciplinas o exigencias propuestas por él o por otros. Como se dan cuenta que no consiguen nada, comienza a establecerse en ellos un delirio de ruina, de incapacidad, etc., de tipo melancólico. Por esto hay que tener mucho cuidado con estas exigencias.

Exactamente igual que no debe hacerse el enviarle de vacaciones, a reposar. No debemos proponer alternativas terapéuticas no suficientemente contrastadas. No se le debe recomendar que cambie de aires. Freud decía que la angustia y la depresión viajan en la maleta. El cambio de lugar supondrá más

depresión porque además le van a faltar los apoyos sociales. Por mucho que sea un viaje de placer requiere un despliegue extra de energía o libido que no necesariamente tiene disponible un depresivo.

Mientras el paciente depresivo está sometido a todo este tipo de alternancias no contrastadas, se deprime cada vez más. Cuando aparece en la consulta con la depresión evolucionada durante muchos años, ya resulta muy difícil de manejar. Tampoco se debe determinar que se levanten pronto cuando éstos siempre se despiertan tarde.

Asegurar que está bien antes de que así sea o hacer la interrupción precoz del tratamiento tampoco se debe hacer. El paciente se encuentra sensiblemente mejor al cabo de cuatro o cinco semanas; a medida que va avanzando el tratamiento se va encontrando mejor, con altibajos, ya que todo paciente sometido a una cura psicoterapéutica tiene momentos complicados. Y eso lo tiene que conocer el paciente. Si el paciente, tras dos o tres meses de tratamiento, viene diciéndonos que está peor, tenemos que tener mucho cuidado para no contagiarnos con su angustia. Eso es absolutamente normal. El proceso terapéutico lo hemos planteado desde el principio como un proceso de muchos meses de tratamiento, es absolutamente normal que haya altibajos de humor. Lo que hay que hacer es continuar en la línea diseñada.

No conviene tratar un trastorno depresivo por un período inferior a seis meses, porque la mejora es gradual. Lo habitual en un episodio depresivo es que el tratamiento global supere el año. La gente está encantada en la psicoterapia, porque lo ha pasado muy mal antes y está muy bien ahora. Muchas veces hay que proponerle que deje la medicación, y la deja con miedo. Los pacientes tienen dificultad para comenzar la terapia en la primera consulta, y pone problemas. La experiencia demuestra que los psicoterapeutas tienen problemas para terminarla porque luego no quieren terminar de ninguna manera. El paciente inmerso en el proceso terapéutico está encantado. Una vez que le damos el alta no proponemos entrevistas de control posterior. Dado de alta, no proponer una revisión para no alimentar la idea de que no irá a curarse.

Hay que tener cuidado con la indicación inadecuada de libros de autoayuda. Si las personas pudieran hacer lo que dicen los libros por supuesto no estarían enfermas. Es una prescripción paradójica. No hacer refuerzo positivo sin que el paciente esté bien.

Para el Trastorno Depresivo Estacional es imprescindible el tratamiento fototerápico. Es verdad que el tratamiento con radiación lumínica tiene excelentes resultados. No negar la depresión o sobrevalorar los aspectos exclusivamente corporales. Es una última recomendación para el manejo de los equivalentes depresivos.

## **E. Terapia Electroconvulsivante**

De acuerdo con la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, la Terapia electroconvulsivante nunca es la primera estrategia en un Trastorno Depresivo Mayor o en un Trastorno Depresivo Bipolar, no obstante se considera una estrategia terapéutica eficaz para cierto tipo de indicaciones.

Lo más difícil seguramente del electro-shock, aunque ya está todo protocolizado, es definir la indicación. Pero una vez que se ha definido adecuadamente la indicación de la terapia electroconvulsivante, consideran los resultados, sorprendentemente buenos. Lo que ocurre es que la terapia electroconvulsiva, como otras muchas medidas terapéuticas en psicopatología está cargada de ideología. Opinan que es una técnica absolutamente inocua, con una mortalidad y morbilidad mínimas.

Cuando se demuestra que la depresión es resistente a todo tipo de tratamiento y se hace una indicación de terapia electroconvulsivante bien utilizada, los resultados, dicen, son bastante positivos. La mayor parte de las indicaciones son para los trastornos afectivos, específicamente para los trastornos obsesivo-compulsivos, resistentes a todos los tratamientos.

Nuestra opinión respecto a la Terapia Electroconvulsivante incide en que es el último recurso. Psicoanalíticamente, no somos partidarios de este tipo de terapia por ser muy invasora, eso es, destruye conexiones en el cerebro, que nunca más se recuperan. Es la terapia más invasiva, después de la lobotomía. Sobre todo puede dejar a los enfermos incapacitados para la terapia verbal, que es la que nosotros defendemos (talking cure), por lo que no podemos ser muy entusiastas.

## 15) Instrumentos de Detección y Evaluación

La evaluación de la depresión consiste en el análisis funcional explicativo del problema y el diagnóstico clasificatorio psicopatológico. Pero hay técnicas e instrumentos de evaluación difundidos por algunos autores como eficaces en la elaboración diagnóstica, así como entrevista e historia clínica; autoinformes (cuestionarios, inventarios, etc.); observaciones; registro en vídeo; auto-observación y auto-registro; registros fisiológicos; examen médico.

### **Algunos instrumentos para la evaluación de la depresión:**

**a) Inventario de Depresión de Beck** (Beck Depression Inventory, BDI): consiste en un instrumento de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, estando cada ítem compuesto por cuatro alternativas, puntuadas de 0 a 3, ordenadas de menor a mayor gravedad, siendo que la tarea del sujeto es elegir la frase que se asemeje más a cómo se ha sentido la última semana<sup>37</sup>.

**b) Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton:** es una escala que fue diseñada para cuantificar la sintomatología y para valorar los síntomas depresivos en cualquier cuadro clínico. Se centra básicamente en los

---

<sup>37</sup> Beck, 1983 – se puede ver directamente en Beck y cols., 1979.



componentes somáticos y comportamentales de la depresión. Contiene 17 ítems evaluados unos en escala de 0-2 y otros mediante una escala de 0-4<sup>38</sup>.

**c) Escala de Depresión Geriátrica:** (Geriatric Depression Scale, GDS)

es un instrumento autoinforme que consta de 30 elementos en forma de preguntas sencillas de respuesta dicotómica a las que el sujeto debe simplemente contestar SÍ o NO. El sujeto marca la respuesta que considere más adecuada a su caso en cada pregunta, otorgándose un punto por cada respuesta indicativa de depresión<sup>39</sup>.

**d) Cuestionario de Salud General:-** (General Health Questionnaire,

GHQ) que es uno de los instrumentos más utilizados para la medida del bienestar psicológico. Es un cuestionario autoaplicable elaborado para detectar la probabilidad de aparición de trastornos psiquiátricos no-psicóticos. El sujeto contestará 60 ítems, con cuatro alternativas cada uno, en que deberá elegir una única alternativa<sup>40</sup>.

Hay otros como: Lewiston (1971), Rehm (1977), Zung (1973), MMPI (McKinley), Rathus (1973, Autoexpresión de Adultos). El Cuestionario de Escala Atribucional de Seligman; Registro Diario de Pensamientos Inadecuados o Perturbadores; Formulario de Autoayuda de la TRE; Inventario de reacción Social.

---

<sup>38</sup> Comeche, M<sup>a</sup>. I. Y cols., 1995 – se puede ver directamente en Hamilton, 1960.

<sup>39</sup> Yesavage y cols., 1983.

<sup>40</sup> Goldberg, 1978.

No debemos quedarnos sólo con el cuadro sintomático, pero sí recurrir a instrumentos que acrecienten datos más fidedignos cuando se tienen dudas sobre el diagnóstico.

## 16) Bibliografía

- ABRAMSON, SELIGMAN Y TAESDALE 1995. "El modelo reformulado de la indefensión". En M.D. Avia y Sanchez, M.L. *Personalidad*. Piramide: Madrid, España.
- AKISKAL, H.S. 1994: "Dysthymia: clinical and external validity". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 383): 19-23.
- AKISKAL, H.S. 1983: "Dystymic Disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes". *American Journal Psychiatry*, 140:1, 11-20.
- ALEXANDER, Franz. 1987: *Psychosomatic Medicine - Its Principles and Applications*. W.W. Norton & Company, Inc. New York. Trad. Portugués 1989: *Medicina Psicosomática, principios e aplicações*. Artes Medicas: Porto Alegre.
- AVILA A. Proceso Psicosomático y Personalidad: consideraciones desde las técnicas proyectivas. XIII Congreso de la S.E.R.Y.M.P. Fue publicada en el número 8 (pags 60 -78) de la revista de la Sociedad. Fuente: Internet.
- BECK, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; y Emery, G.1983. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclee de Brouwer S.A.: Bilbao.
- BECK, A.T.; SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G. y cols. 1992: *Cognitive Therapy in Clinical Practice - An Illustrative Casebook*. Routledge: New York. Trad. Portugués 1994: "Terapia Cognitiva na Prática Clínica" - Um Manual Prático. Editora Artes Médicas: Porto Alegre.
- BERRIOS, G.E.; Bulbena, A.; Bakshi, N.; Denning, T.R.; Jenaway, A.; Markar, H.; Martin-Santos, R. y Mitchell, L.S. 1992. "Feelings of guilt in Major Depression". *British Journal of Psychiatry*. Vol 160, 781-787.
- BIBRING, E. 1953. *The mechanism of depression*. En P. Greenacre (comp). *Affective Disorders (El Mecanismo de la Depresión, en Perturbaciones de la Afectividad)*. New York: International Universities Press.
- BLEICHMAR, Hugo. 1997. *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Paidós: Barcelona.

- BLEICHMAR, Hugo. B. y DIO BLEICHMAR, Emilce 1988. *La Depresión: Un estudio psicoanalítico*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- BLOCH, A.L.; SHEAR, M.K.; MARKOWITZ, J.C.; LEON, A.C.; and PERRY, C. 1993. "An Empirical Study of Defense Mechanisms in Dysthymia". *American Journal Psychiatry*, 150: 1194-1198.
- BODYWORKS, Softkey Multimedia Inc. Windows. (1993 - 1995). Corp. Sound Blaster.
- BOYCE, P.; PARKER, G.; HICKIE, H.; WILHELM, K.; BRODATY, H.; and MITCHELL, P. 1990. "Personality Differences Between Patients with Remitted Melancholic and Nonmelancholic Depression". *American Journal Psychiatry*, 147:11, 1476-1483.
- CAPAFONS. A y AMIGÓ, S. 1997: "Hipnosis y terapia de autorregulación", Cap 16, en *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1991. *La Culpa*. Alianza Editorial S.A.: Madrid, España.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1998. *El Delirio, un Error Necesario*. Ediciones Nobel: Oviedo, España.
- DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM-IV. 1994. American Psychiatric Association: Washington, D.C., USA. *DSM IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. 1995. Masson S.A.: Madrid, España.
- DICCIONARIO OXFORD DE LA MENTE. 1995. Alianza Editorial, S. A.: Madrid.
- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS 1996. Masson S. A., 13ª ed.: Barcelona
- DSM-IV 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association: Washington, DC. Trad. Portugués 1995: "Manual Diagnostico e Estatístico dos Transtornos Mentais". Artes Medicas, 4ª ed.: Porto Alegre.
- ENCARTA 96 ENCYCLOPEDIA. 1993-1995 Microsoft Corporation. © Funk & Wagnalls Corporation.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Problemática del Cambio de Valores en la Mujer". *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 45 (1), 91-101.

- FREEMAN, H.L. 1994: "Historical and nosological aspects of dysthymia". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 383): 7-11.
- FREUD, S. 1895. *Estudios sobre la histeria*. Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1892. *Un caso de curación hipnótica*, en "Artículos Varios". Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1901. *Psicopatología de la vida cotidiana* (VIII) Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1905. *Análisis fragmentario de una histeria* (Caso Dora). Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1912. *Tótem y Tabú*. Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1920. *Enamoramamiento e hipnosis*. Sigmund Freud: *Obras mpletas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1920. *Más allá del principio del placer*. Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1923. *El Yo y el Ello*. Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, S. 1927. *Dostoyevski y el parricidio*. Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- GOLDBERG, D.P. 1978. *Cuestionario de Salud General de Goldberg* (GHQ). Masson: Madrid.
- GONZÁLES-ROMÁ, V.; PEIRÓ, J. M.; LUANA, R.; BAEZA, J. A.; ESPEJO, B. y MUÑOZ, P. 1991. *Psicológica*. Vol. 12, 119-129.

- GOODWIN, Donald W. y GUZE, Samuel B. 1979. *Psychiatric Diagnosis*, Oxford University Press, Inc.: New York/Oxford. Trad. Portugués 1981: *Diagnóstico da Doença Mental*. Editora Artes Médicas: Porto Alegre.
- GRINBERG, L. 1994. *Culpa y Depresión*. Alianza Universidad: Madrid, España.
- HAAGA, D.A. Y BECK, A.T. 1993. "Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapias cognitivas". *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HOFSTEDE, G. 1994. Foreword. En U. Kim, H. C. Triandis, Ç. Kagitçibasi, S.-C. Choi y G. Yoon (Eds.). *Individualism and collectivism: theory, method, and applications*. Sage Publications: Thousand Oaks, CA.
- HOWLAND, R.H. and THASE, M.E. 1991. "Biological Studies of Dysthymia". *Biological Psychiatry*, 1, 30: 283-304.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. 1994. *Synopsis of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. Trad. Español 1996: *Sinopsis de Psiquiatría*. Panamericana: Madrid, España.
- LAHORTIGA, F.; CERVERA, S. y BLANCO, A. 1994. "La personalidad en la enfermedad depresiva". *Revista de Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 21, 5, 119-125.
- LAPIERRE, Y.D. 1994. "Pharmacological therapy of dysthymia". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 383): 42-48.
- LOPEZ IBOR, J.J., FRANCES, A.; JONES, C. 1994. "Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in different diagnosis". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 383): 12-18.
- MALDONADO, M. T. P. 1989. *Comunicação Entre Pais e Filhos, a linguagem do sentir*. 12ª edición. Editora Vozes: Petrópolis, Brasil.
- MEZAN, Renato. 1998. *Escrever a Clínica*. Casa do Psicólogo: São Paulo, Brasil.
- MOSHER, D. L. 1979. "The meaning and measurement of guilt". En C.E. Izard (Ed). *Emotions in personality and psychopathology*. Plenum Publishing Corporation: New York.
- MUNTANÉ, M. D. 1994. *La Menopausia*. ICARIA: Barcelona, España.
- MURRAY, H. A. 1975. *Manual del Test de Apercepción Psicosomática*. Buenos Aires.

- MURRAY, H. A. 1958. *Test de Apercepción Psicosomática*. Paidós, 2ª ed.: Buenos Aires.
- NOLEN-HOEKSEMA, S.; MORROW, J. Y Frederickson, B.L. 1993: "Response Styles and the Duration of Episodes of Depressed Mood". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 102, 20-28.
- PAYKEL, E.S. 1994. "Psychological therapies". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 383): 35-41.
- PHILLIPS, K.; GUNDERSON, J.; HIRSCHFELD, R.; SMITH, L. 1990: "A Review of the Depressive Personality". *American Journal Psychiatry*, 147:7, 830-837.
- ROSSI, Ernest Lawrence. 1993: *The psychobiology of mind-body healing*. Trad. portugués 1994: "A Psicobiología de Cura Mente-Corpo". Editorial Psy II: São Paulo.
- SANZ, J. y VÁZQUEZ, C. 1992. Trastornos Depresivos (II) Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En: *Manual de Psicopatología*. Valencia, España. Ed A. Belloch. (Vol 2).
- SARIS, W. E. y STRONKHORST, L. H. 1984. *Causal modelling in nonexperimental research*. Amsterdam, The Netherlands: Sociometric Research Foundation.
- SENRA, C. y HERESI, E. 1995. "Utilidad de dos autoinformes para diferenciar entre pacientes condepresión mayor y pacientes con distimia". *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barba*, 22, 36-41.
- SPITZ, René A. 1965. *The First Year of Life*. International Universities Press. Trad. Potrugués 2000: "O Primeiro Ano de Vida". Martins Fontes, 2ª ed.: São Paulo.
- TANGNEY, J. P.; WAGNER, P. y GRAMZOW, R. 1992. "Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology". *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 101, No.3, 469-478.
- TANGNEY, J. P. 1993. "Shame and Guilt". En I. B. Weiner (Ed.), *Syntoms of Depression*, A Wiley-Interscience Publication: New York.
- TELLENBACH, H. 1974. *Melancholie*. Springer-Verlang: Berlín. Trad. Español 1976: *La Melancolia - Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica*. Ediciones Morata. (Cap III): Madrid, España.

- VÁZQUEZ, C. y RING, J. 1996: "Estrategias de Afrontamiento ante la Depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID)". *Psicología Conductual*, vol 4, nº1.
- VÁZQUEZ, C. y SANZ, J. 1995. Trastornos del estado de animo (I). En Belloch, A. (Ed) *Manual de Psicopatología*. Madrid, España. McGraw-Hill.
- VIETA, E.; COLOM, F.; MARTINEZ, A.; JORQUERA, A.; GASTÓ, C. 1996: "Utilidad de la psicoeducación en el abordaje de los trastornos bipolares". *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna*, 23, 4, 82-93.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M. y LEIRER, V. O. 1983: "Development and validation of a Geriatric depression screening scale: preliminary report". *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.
- WEISSMAN, M.M; LEAF, P.J.; BRUCE, M.L. and FLORIO, L. 1988: "The Epidemiology of Dysthymia in Five Communities: Rates, Resks, Comorbidity and Tratament". *American Journal Psychiatry*, 145:7, 815-819.
- WORTMAN, C.B. y SILVER, R.C. 1996: "The Myths of Coping with loss". *Journal of Vonsulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- ZABALEGUI RODRÍGUEZ, L. 1989. "Criterios diferenciales del sentimiento de culpa normal y patológico". *Psiquis*. Vol. X, 27-32.



## II. APROXIMACIONES FILOSÓFICAS

*“La vida solamente puede ser comprendida mirándose hacia atrás. Solamente puede ser vivida mirándose hacia delante”.*

*Sören Kierkegaard.*

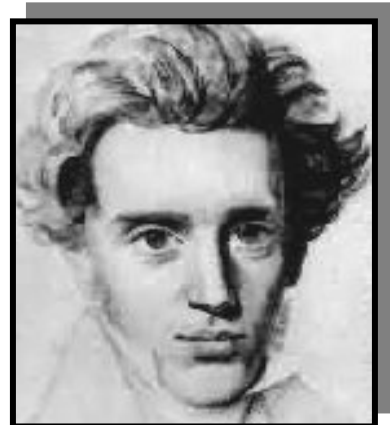
### 1) El Existencialismo y la Culpa.

#### A. Aportaciones de Sören Aabye Kierkegaard

##### a) Presentación de la Obra de Kierkegaard

El filósofo danés Sören Aabye Kierkegaard (1813-1855) aseguraba que el desespero es *“la enfermedad mortal”*, o sea, la enfermedad propia de la persona humana que la hace incapaz de realizarse a sí misma. Mientras la angustia se refiere a

la relación del hombre con el mundo, el desespero se refiere a la relación del



hombre consigo mismo. Esto nos recuerda un proverbio árabe que dice: “no desesperes en medio de las sombrías aflicciones de tu vida, pues de las nubes más negras cae agua limpia y fecundante”.

El trabajo de Kierkegaard es deliberadamente asistemático y consiste en composiciones, proverbios, parábolas, letras y diarios, y otros artículos literarios. Muchos de sus trabajos estaban originalmente publicados bajo pseudónimos. Se le considera fundador del existencialismo y uno de los pensadores religiosos más profundos de todos los tiempos. Él aplicó el término *existencial* para su filosofía porque consideraba la filosofía como la expresión de una vida individual intensamente examinada, no como la construcción de un sistema monolítico a modo del filósofo alemán del siglo diecinueve G. W. F. Hegel. Enfrentó los problemas fundamentales de la vida, desafiando la explicación racional, objetiva; considerando la verdad suprema la subjetiva.

La influencia de Kierkegaard al principio estaba confinada a Escandinavia y a la Europa de habla alemana, donde su trabajo tenía un impacto fuerte en la teología protestante y en escritores tales como el novelista austriaco Franz Kafka. Después de la I Guerra Mundial, con el existencialismo, el trabajo de Kierkegaard fue traducido extensamente, siendo reconocido como una de las figuras seminales de la cultura moderna.

## **b) Breve Biografía**

Sören Aabye Kierkegaard, teólogo y filósofo dinamarqués nacido en la casa paterna en Copenhague, el 5 de mayo de 1813, cuya preocupación por la existencia individual influenció tanto la teología como la filosofía moderna. En este mismo año nace el compositor Richard Wagner.

El padre de Kierkegaard nació siervo al norte de Dinamarca. Su familia era de propiedad del sacerdote local y trabajaban sus tierras. A los diez años el futuro padre de Sören pasaba el día en el campo pastoreando ovejas, abandonado con los animales, sólo y desamparado, hiciera sol o lluvia, frío o calor. Era muy religioso pero no comprendía cómo Dios dejaba que sufriera tanto. Un día, llevado por el desespero, se puso de pie encima de una roca que estaba sobre una cuesta y solemnemente maldijo a Dios.

La vida del padre de Kierkegaard sufrió un cambio significativo. Un tío que vivía en Copenhague mandó buscarlo y le dio un empleo en su tienda de artículos de lana. El futuro padre de Kierkegaard se reveló un excelente vendedor, juntando dinero suficiente para casarse y tener un hogar. Cuando murió el tío, heredó toda su fortuna y negocios, que continuó desarrollando hasta tornarse uno de los más ricos comerciantes de Copenhague. Él se casó dos veces y enviudó de las dos mujeres.

La melancolía, culpabilidad, devoción y vívida imaginación de su padre, luterano intransigente, influenciaron tenazmente a Kierkegaard<sup>1</sup>. El padre se interesaba por la filosofía, la religión, la literatura, empenándose en la educación de Sören, y de Peter, ambos sobrevivientes de un grupo de siete, de los cuales Sören era el más joven. Los demás y la madre murieron entre 1819 y 1834.

Sören Kierkegaard el hijo menor, nació cuando el padre ya tenía 56 años. Su niñez fue marcada por muchas muertes en la familia. El padre de Kierkegaard se tornó un tirano cada vez más depresivo, movido por la opresión del destino y por su obsesión por la religión. Decidió retirarse del comercio para volverse enteramente a una vida sombría en la mansión de la familia.

El padre de Kierkegaard reconocía en Sören el más inteligente de los hijos, exigiéndole mucho. A los siete años, Sören aprendió lógica matemática con el padre a su manera. Las contestaciones del niño eran sometidas a un examen perverso obligado a defender cada una de las afirmaciones que hacía. El padre querría imponerle su propia visión de mundo. No era de sorprender que Kierkegaard fuera un alumno un tanto raro en la escuela. Se vestía y se portaba de manera bastante anticuada. Sus profesores le describían como un “viejito”. No se destacaba en los trabajos escolares, no obstante seguramente estuviera él en una

---

<sup>1</sup> Encarta, 1996.

categoría intelectual diferente de la de sus colegas. El padre le había instruido a no llamar la atención sobre su inteligencia.

Toda su vida Kierkegaard fue obsesivamente solitario, introvertido, de espíritu sarcástico, humor irritable e identificado por su amplia erudición. Después de haber dejado la escuela, Kierkegaard se matriculó en la Universidad de Copenhague para estudiar teología. Estudió teología entre los años de 1830 a 1840, con tesis de licenciatura en 1841 - donde encontró la filosofía hegeliana, reaccionado fuertemente contra ella - camino que le costará un decenio de crisis y alternativas de todo género, incluida la desilusión de su padre, que muere sin verle llegar a la meta académica. Luego despreció el estudio de teología en provecho de la filosofía.

Preparado para pastor, conforme el deseo del padre, nunca solicitó la ordenación. Aún en la Universidad, paró de practicar el Luteranismo y tuvo graves crisis de fe. Kierkegaard dejó la Iglesia dinamarquesa, que consideraba acomodada, pasando finalmente a atacarla. Sin embargo, después de la muerte de su padre en 1838, él decidió reasumir sus estudios teológicos.

En la primavera de 1836, Kierkegaard sufrió una crisis de desespero. Fue machacado por una visión de su mundo interior, que vio extremadamente

corrompido por el cinismo. El sarcástico fumante de puros, que divertía a los amigos, enmascaraba un abismo interior<sup>2</sup>.

En 19 de mayo de 1838, Kierkegaard tuvo una experiencia espiritual a la que se refirió en el diario como “el gran terremoto”: “sólo ahora... encontré algún alivio en el pensamiento de que mi padre recibió el arduo deber de nos confortar con el consuelo de la religión, de administrarla a todos nosotros de modo que un mundo mejor se nos abra, sin que perdamos todo en este ...” de esta manera se abría un camino para su retorno a Dios y una reconciliación con el padre<sup>3</sup>.

Muerto el padre, los dos hijos restantes heredaron una considerable fortuna, de más de 20 mil *coronas*. Kierkegaard calculó que esto duraría de diez a veinte años. Peter llegó a obispo de la Iglesia dinamarquesa (protestante). Por una época condujo una vida social extravagante, haciéndose una figura familiar en la sociedad de teatro y del café de Copenhague. Kierkegaard dispendió en vida lujosa paulatinamente lo que había heredado, y moriría prematuramente a los 42 años, en 1855, habiendo sobrevivido 17 años al propio padre.

Los historiadores insisten en la influencia de la familia de Kierkegaard, destacando el autoritarismo del padre, lo que efectivamente podría

---

<sup>2</sup> Paul Strathern, pág. 25.

<sup>3</sup> *Ibídem*.

haber influido en las descripciones existenciales hechas por el hijo. Casi todo lo que él se tornó, fue resultante directo de la despótica influencia paterna o de una reacción violenta a ella. Así, estas descripciones no habrían sido simplemente un trabajo personal de observación fenomenológica.

Durante casi doce años Kierkegaard se resistió a realizar los exámenes universitarios, sobre todo porque el padre quería que se graduara en teología y se tornase pastor. Con un raciocinio característicamente perverso, terminó convenciéndose de que, por estar libre de la coerción paterna y con independencia económica, debía al padre la obligación de pasar los exámenes.

Durante dos años se dedicó intensamente a los estudios y se volcó totalmente a la vida cristiana. En este período, más precisamente en 1837, conoció a una adolescente de buena familia, Regine Oslen. Aunque tuviera diez años menos que él, Kierkegaard se encariñó por ella profundamente. El afecto de Kierkegaard era profundo pero totalmente espiritual. Firmó compromiso tres años más tarde, y en 1841 deshizo el compromiso que duraba 13 meses porque él comenzó casi inmediatamente a sospechar que la unión era incompatible con su propio temperamento, naturaleza complicada y su sentido cada vez mayor de una vocación filosófica. Él interrumpió abruptamente el compromiso en 1841, pero el episodio adquirió una gran significación para él, refiriéndose a ella en varias ocasiones en sus libros. Él jamás se casó o constituyó familia, sin embargo, relataba brillantemente en sus libros sobre la vida matrimonial.

Viajó 4 veces a Berlín, donde pasó varios meses. Allí tuvo lecciones de Schelling (1841-1842), contrario a Hegel entonces ya fallecido, pero con gran fama tanto en Alemania como en Dinamarca. Schelling estaba decidido a libertar el pensamiento alemán de la influencia Hegeliana. Sin profesión, Kierkegaard se ocupó en escribir, publicando él mismo sus libros, inicialmente con pseudónimo. La herencia de su padre permitió que él se dedicara enteramente a la escritura, y en los 14 años restantes de su vida él produjo más de 20 obras. La amplia difusión de la filosofía de Sören Kierkegaard se dio apenas en el siguiente siglo, por obra del movimiento existencialista. Karl Barth lo consideró precursor de la teología dialéctica, que presentaban como irreconciliables el cristianismo y el mundo. Y luego es retomado por Heidegger.

En 1843 publica la obra *"O lo Uno o lo Otro"*, que sugiere que hay dos maneras de vivir la vida: ética y estéticamente. Cada individuo tiene una oportunidad de elegir entre las dos. No obstante, no hay pasaje racional de una para otra, no hay mediación. Hay simplemente que elegir entre cosas contradictorias, por ejemplo: o ser cristiano o no serlo. El hombre no va a Dios por vía intelectual. La fe cristiana contiene contradicciones y no se debe intentar racionalizarla. Describió el hombre como existencialmente solitario y angustiado. Lo trágico se encuentra en el destino del hombre. Kierkegaard abandonó la Iglesia dinamarquesa, pasando finalmente a atacarla por considerarla inconsecuente. De ahí vinieron las semillas del existencialismo. Esta opción hace que el individuo



acepte ser enteramente responsable por sus acciones, que irán a caracterizar toda su existencia de modo fundamental.

Los individuos que optan por lo estético viven básicamente para sí mismos y para su propio placer. El individuo que vive la vida estética no tiene el control de su existencia. Él vive el momento, llevado por el placer. Su vida puede ser contradictoria, carente de estabilidad y certeza. El individuo ético busca conocer y cambiarse a sí mismo por opción propia, guiado por el deseo de mejorarse por el auto-conocimiento. La diferencia entre el ético y el estético es que el primero se preocupa por el mundo interior mientras el segundo lo hace por el mundo exterior<sup>4</sup>.

A los 30 años, Kierkegaard dedicaba su vida casi totalmente a escribir. Ya no veía a los viejos colegas y llevaba una existencia bastante solitaria. Salía solo para sus largas caminatas por las calles de Copenhague, donde su apariencia excéntrica llamaba cada vez más la atención: una figura delgada y encorvada, que usaba un sombrero alto y pantalones apretados, con una pierna más corta que la otra. Por aparentar más edad de la que tenía, terminaba pasando por un hombre de media edad<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Paul Strathern, 1999, Págs. 32, 33 y 37.

<sup>5</sup> Paul Strathern, 1999, Pág 41.

A pesar de haber herido hondamente a Regine y a sí mismo más aún, la veía casi todos los domingos cuando iba a la iglesia. No se hablaban, no obstante, seguían seguros de la presencia uno del otro. A pesar de todo su autoexamen psicológico y su honestidad, Kierkegaard seguía propenso a la ilusión, no consiguiendo evitar la esperanza de que algún día él y Regine volverían a unirse otra vez, posiblemente de forma espiritual. Él se tornó demasiado consciente de los innúmeros subterfugios que la mente emplea en sí misma. Su análisis de la noción de la existencia sería crucial para el posterior desenvolvimiento del existencialismo. Para Kierkegaard, la existencia era lo que restaba después que todo lo demás había sido analizado<sup>6</sup>.

Kierkegaard define dos tipos de verdad: la objetiva, ligada al mundo exterior como la historia o la ciencia. Este tipo de verdad puede ser confirmada por referencia a criterios externos, esto es, depende de qué es dicho. La verdad subjetiva, equivale a la sinceridad que envuelve un apasionado compromiso interior. Según Kierkegaard, la existencia es un riesgo colosal, y jamás podemos saber si la manera de vivir que escogemos es la correcta. Percibiendo esto en su plenitud, a través de una conciencia constante, el individuo estará destinado a angustiarse. Estas ideas llevaron a Kierkegaard a escribir un libro sobre *"El concepto de angustia"*, donde distingue dos tipos diferentes de angustia: el miedo de amenazas exteriores, y el miedo resultante de experiencias interiores. En 1844,

---

<sup>6</sup> Paul Strathern, 1999, Págs 42 y 43.

Kierkegaard concluyó *"El concepto de angustia"* y también un libro titulado *"Migajas filosóficas"*.

En tiempos de indecisión y trastornos es difícil saber cuál es el camino correcto. Sin embargo, si se considera honestamente la situación y se actúa de acuerdo con lo que se cree correcto, entonces se tomará el camino correcto.

En abril de 1848 Kierkegaard tuvo una experiencia religiosa: percibió que únicamente su amor por Dios podría protegerlo de la preocupación excesiva de sí mismo. A partir de entonces, pasaría a escribir la palabra de Dios sin servirse de pseudónimos para esconderse<sup>7</sup>.

Cuando escribió *"La Enfermedad Mortal"*, Kierkegaard analizó el desespero, que veía como el fracaso de la voluntad de ser sí mismo, quien se es realmente. La única manera de huir al desespero es optar por su propio Yo y apegarse a la fe.

Kierkegaard siguió escribiendo. A los cuarenta años estaba más viejo de lo que era en realidad y el dinero empezaba a faltar. A pesar de la escasez de recursos lanzó una revista titulada *"El Instante"*, en la que atacaba a la Iglesia. En una edición llegó a sugerir que si descubriesen que Cristo no existió, la Iglesia

---

<sup>7</sup> Paul Strathern, 1999, Pág 55.

continuaría exactamente como antes y pocos pastores renunciarían a sus vidas de confort<sup>8</sup>.

Esta idea de Kierkegaard respecto a Cristo nos reporta a Jay Haley y su obra *"The Power Tactics of Jesús Christ and Other Essays"*<sup>9</sup> (Las Tácticas y el Juego de Poder de Jesucristo), y nos parece interesante hacer un aparte sobre este tema. Haley habla de las innovaciones de Jesucristo como organizador y líder de la humanidad. La visión presentada por Haley, no dice respecto a los mensajes espirituales de Jesucristo o sus ideas religiosas, expresas metafóricamente por sus palabras y su vida. Es una descripción de cómo él organizó y lidió con la gente. Se refiere a que Jesucristo, una única sola persona, montó la estrategia de una organización que, no solamente derrotó el Imperio Romano, como posteriormente, consiguió el poder absoluto sobre la población del mundo occidental, por centenas de años.

A juzgar por Haley, para entender los revolucionarios mesiánicos de hoy, deberíamos evaluar el legado dejado por Jesucristo. Dice que los factores que llevaron a Jesucristo al suceso, fue la intervención de Dios y el mérito de los líderes que lo siguieron. La innovación básica de Jesucristo fue la idea de luchar por el poder a través de la organización de los pobres y oprimidos, ya que la gente estaba descontenta. No había solamente pobreza y opresión en exceso, sino

---

<sup>8</sup> Paul Strathern, 1999, pág. 59.

<sup>9</sup> Jay Haley, 1986.

impuestos que terminaba por llevar lo que aún les restaba. La gente enfrentaba también una jerarquía religiosa formada por familias explotadoras, mantenidas en el poder por los romanos colonizadores, le favoreció también la desunión del poder seguido de la muerte de Herodes y, a su tiempo la propia mitología de la época.

Nos cuenta Haley que había en las personas de aquella época un fuerte mito: de que todos los problemas serían mágicamente resueltos por el Señor o por el Mesías. Estos últimos serían los que les quitarían de toda la miseria, derrocaría todos los enemigos y pondría las tribus de Israel en el poder.

Las estrategias de Jesucristo fueron y aún lo son, utilizadas como modelo por los líderes de movimientos de masa. Son los “Mesías” del nuevo siglo.

Este gran líder, Jesucristo, de definido movimiento altruista, que salvó a la humanidad, dejó “discípulos” que hoy estarían representados (mal?) por los grandes líderes no sólo religiosos sino también políticos y civiles – como lo son los dirigentes del cuarto poder – que se organizan para funcionar como “*pescadores de hombres*”. En los días actuales los “apóstoles” que gobiernan las grandes masas se vuelven contra Jesucristo utilizándose de las tácticas de éste para dominarlos y hacerles creer en el “nuevo líder de los hombres”.

Una creciente debilidad, combinada con el estrés de su campaña contra la Iglesia, la tensión de su escritura prolífica y de las controversias, terminó minando gradualmente la salud de Sören Kierkegaard. En octubre de 1855, sufrió un colapso en la calle en Copenhague y fue llevado al Hospital. Utilizó lo que le restaba de dinero para pagar la impresión del número siguiente de *"El Instante"*. Débil y en desespero, terminó perdiendo las ganas de vivir, sin embargo, nunca perdió la fe. Aquellos que le veían reparaban en su mirada radiante que terminaba dándole vida a su rostro emaciado y su aire de serenidad. Murió un mes después, el 11 de noviembre de 1855. Sus pocos bienes los dejó a Regine en su testamento.

El entierro de Kierkegaard atrajo inesperadamente una gran multitud, con estudiantes compitiendo para cargar el ataúd. Al gusto de Kierkegaard, un grupo protestó contra la hipocresía de la Iglesia, al sepultarlo en campo santo, leyendo un artículo polémico de *"El Instante"*.

**c) Cronología de Sören Kierkegaard (1813-1855)**

<b>1813</b>	Nace Sören Kierkegaard el 5 de Mayo en Copenhague. Nace Wagner.
<b>1818</b>	Schopenhauer publica <i>El Mundo como Voluntad y Representación</i> , introduciendo la filosofía hindú en la metafísica alemana.
<b>1819</b>	Muere su hermano Michael a los doce años.
<b>1822</b>	Muere su hermana Maren a los 24 años.
<b>1823</b>	Nace Regina Olsen.
<b>1830</b>	Se inscribe el 30 de Octubre en la Universidad.
<b>1831</b>	Comienza el <i>Diario</i> , aunque el primer texto está fechado el 15 de Abril de 1835.
<b>1832</b>	Muere su hermana Nicoline con 34 años. Muere Goethe, en Weimar.
<b>1833</b>	Muere su hermano Niel Andreas a los 24 años en USA.
<b>1834</b>	Para restablecerse de un agotamiento viaja al norte de Seelandia en la localidad de Gilleleie. Muere su madre y su hermana Severina Petra a los 34 años.
<b>1837</b>	Encuentra por primera vez a Regina en Mayo. A partir de Septiembre vive solo y con una renta de 500 táleros asignados por su padre.
<b>1838</b>	Muere su padre el 9 de agosto. El 7 de Septiembre publica una crítica a Andersen con el título: <i>De los papeles de uno que aún está vivo</i> .
<b>1839</b>	Hace inventario del patrimonio heredado (en torno a 31.000 táleros).
<b>1840</b>	En julio obtiene la mención de <i>laudabilis</i> en el examen de teología. Del 19 de Julio al 6 de Agosto viaja por Jutlandia. Se compromete oficialmente con Regina Olsen el 10 de Septiembre. El 8 de Octubre aparece el número 1º de <i>El Corsario</i> .
<b>1841</b>	Primer discurso religioso el 12 de Enero en la Holmerskirke de la ciudad. Defiende con éxito su tesis <i>Sobre el concepto de ironía</i> en la Facultad de Filosofía el 29 de Septiembre y obtiene el grado de <i>Magister Artium</i> . El 11 de Octubre rompe el noviazgo con Regina. Viaja a Berlín el 21 de Octubre y asiste a las lecciones de Schelling durante casi tres meses. Comienza a escribir la primera parte de <i>O lo uno o lo otro</i> .
<b>1843</b>	Publica <i>O lo uno o lo otro</i> , <i>Temor y Temblor</i> , <i>La Repetición</i> (redactada en Mayo durante una segunda estancia en Berlín) y tres series de <i>Discursos edificantes</i> .
<b>1844</b>	Publica <i>Migajas filosóficas</i> y <i>El Concepto de la angustia</i> . El 16 de Octubre se muda a la casa heredada en Nytorv, 2. Nacimiento de Nietzsche.
<b>1845</b>	Aparecen el 29 de Abril <i>Tres discursos en ocasiones imaginarias</i> y un día más tarde <i>Estadios en el Camino de la vida</i> . El 25 de Diciembre se niega a colaborar con P. L. Møller, inspirador de <i>El Corsario</i> .
<b>1846</b>	El 2 de Enero comienzan los ataques de <i>El Corsario</i> y las primeras caricaturas satíricas. Formula su intención de hacerse Pastor de una

	parroquia campestre. El 2 de Octubre, Goldschmidt abandona <i>El Corsario</i> . Reflexiona en su <i>Diario</i> sobre el resultado de las polémicas con <i>El Corsario</i> . Publica el <i>Postscriptum definitivo y no científico a las migajas filosóficas y Una recensión literaria</i>
1847	Visita en Marzo, Julio y Octubre al Rey Christian VIII. El 27 de Agosto predica en la Frue Kirke y el 29 del mismo mes niega el permiso para la segunda edición de <i>O lo uno o lo otro</i> quejándose de la poca recompensa económica a su editor Philippsen. El 3 de Noviembre Regina se casa con Fr. Schlegel. El 4 de Noviembre, nada más aparecer <i>Las obras del amor</i> , dialoga con el Obispo Mynster mostrando éste cierta desconfianza hacia el libro. Termina el 1 de Diciembre el <i>Libro de Adler</i> que no saldrá a la luz hasta después de su muerte. Publica además <i>Discursos edificantes en diferentes sentidos</i> .
1848	El 20 de Enero muere Christian VIII. El 1 de Septiembre vuelve a predicar en la Frue Kirke. Termina <i>Punto de vista en mi actividad de escritor</i> que su hermano Pedro editará en 1859. Publica <i>Crisis en la vida de una actriz</i> .
1849	Visita otra vez al obispo Mynster a quien pide una cátedra en el Seminario Pastoral. El 1 de Julio a la salida de la iglesia esquiva a Regina, quien deseaba saludarle. Después de algunas indecisiones publica <i>La enfermedad mortal</i> . El 19 de Noviembre envía una carta a Schlegel, marido de Regina, con una nota para ella, pero dos días después se la devuelven cerrada. Publica <i>Los lirios del campo y las aves del cielo</i> .
1850	Se cambia para Nørregade, 43. El 22 de Octubre charla con Mynster acerca de <i>Ejercitación con el cristianismo</i> que había aparecido el 27 de Septiembre. Publica <i>Un discurso edificante</i> que, como muchos de sus discursos, contiene una solemne dedicatoria a su padre.
1851	Conversa con Mynster en varias ocasiones. Edita <i>Sobre mi actividad literaria</i> , <i>Dos discursos para la comunión del viernes</i> . Termina <i>La inmutabilidad de Dios</i> (que aparecerá en 1876).
1852	Intensa actividad escritora en el <i>Diario</i> .
1853	Reflexiones sobre su existencia reflejadas en el <i>Diario</i> .
1854	Muere el obispo Mynster y le sucede Martensen. Poco después inicia las discusiones contra la Iglesia con el artículo <i>¿Era Mynster un testigo de la verdad?</i> Martensen le responde y Kierkegaard le replica en la revista <i>Fraedelandet</i> .
1855	Intensifica las acusaciones contra la Iglesia oficial. En abril, ve a Regine por última vez antes que ella se traslade para las Indias Occidentales. El 26 de Mayo sale el primer número de <i>El Instante</i> continuado con otros nueve. El 2 de Octubre cae sin sentido en la calle. Es trasladado al Frederiks-Hospital. Le visita el amigo de la infancia Emil Boensen. Muere el domingo 11 de Noviembre. Se celebra el funeral en la Frue Kirke y es enterrado en el cementerio Assistenz.



#### d) La Enfermedad Mortal

Empecemos con una lectura que nos llevará a una considerable comprensión y conocimiento respecto a la obra maestra de este gran autor. Sören Kierkegaard en su tratado sobre la desesperación plantea que desesperar es sufrir, y llama a la desesperación "la enfermedad mortal": *"La enfermedad mortal es la desesperación"*. Es una enfermedad que sufre el Yo. Se desespera de uno mismo, acentuando el sufrimiento<sup>10</sup>. Se desespera cuando el uno no cuenta con el Otro. Ahora bien, lo paradójico es que si es mortal esta enfermedad no lleva a la muerte<sup>11</sup>. La compara con la agonía del moribundo que se debate con la muerte sin poder morir: *"La desesperación es la desesperanza de no poder incluso morir"*. Por lo tanto es una categoría suspendida en la eternidad. Es imposible quedar curado de esta enfermedad mediante la muerte, ya que aquí la enfermedad y su tormento, la muerte, consisten en no poder morirse. Esta es la situación característica de la desesperación<sup>12</sup>.

Kierkegaard en la *"Enfermedad mortal"* (1849) se refiere a la desesperación del espíritu<sup>13</sup>. Cuando el hombre se empeña en ultrapasar los

---

<sup>10</sup> Se desespera por ser quien es: se culpa por ser así y se desespera.

<sup>11</sup> Es una enfermedad que sí, puede llevar el hombre a la muerte por suicidio por ejemplo, o por una "muerte en vida" a ejemplo de la depresión de tipo distímico. La desesperación por sí sola no mata, pero puede instigar a la muerte. El individuo no se mata porque se agarra en la intención de cambiarse a sí mismo, en no querer ser así.

<sup>12</sup> Es de esta forma que se sentía el Sr.G. (véase en el Apartado IV, Historiales Clínicos, 2) Sr. G., de esta Tesis Doctoral): él se entregaba fatalmente a su sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad. Es desesperación según Kierkegaard o autoinculpación según Seligman.

<sup>13</sup> Por espíritu podemos referirnos también a la esencia del ser.

límites de su naturaleza cae en la desesperación del infinito<sup>14</sup>. Si el filósofo, como dijo un clásico griego, es el médico del alma, entonces tiene que analizar los desequilibrios del espíritu y tratar de ver las formas de terapia<sup>15</sup>. En último término, la salud integral de una persona no radica sólo en el bienestar de su dimensión biológica, sino en la integridad de la persona<sup>16</sup>. Si la filosofía, como dice Kierkegaard, tiene que ser primordialmente edificante, quiere decir que debe acompañar a las personas a la plenitud y consiguientemente detectar las patologías que las esclavizan<sup>17</sup>.

En la enfermedad mortal, la persona *no se desprende de la orilla de un lago infértil*. En esa orilla, su Yo, según Kierkegaard, se convierte en una "*posibilidad abstracta*". Cada vez aumenta más la posibilidad de trascender esa orilla de vida lánguida e inerte, pero cuanto más grande menos realista. Al final parece que todo es posible, mas en esa *inmensa posibilidad inútil el abismo de la posibilidad infinita ahoga al Yo*, afirma el autor.

Según Kierkegaard la "*Enfermedad Mortal*" es la continuación y profundización de "*El Concepto de Angustia*". La desesperación es una enfermedad del Yo, el Yo relativo a lo eterno en el hombre. Una enfermedad del espíritu puesto que el espíritu es el Yo.

---

<sup>14</sup> Cuando el individuo se aleja de su esencia, de su "eje".

<sup>15</sup> O más precisamente, la forma de salir de la desesperación.

<sup>16</sup> Somos acordes con esta idea de Kierkegaard, de que tener salud es cuando estamos en equilibrio en cuerpo, mente y espíritu.

<sup>17</sup> Lo mismo podríamos decir de la psicología.

*El hombre es espíritu y tiene que cobrar plena conciencia de sí mismo*<sup>18</sup>.

Teniendo conciencia de su Yo el hombre puede desesperadamente no querer ser sí mismo<sup>19</sup>. Hay otras formas de desesperación: la de la debilidad y la de la obstinación. La primera es típicamente femenina y la segunda es peculiar del varón.

La paridad del concepto de desesperación kierkegaardiano con el sentimiento de culpa como responsabilidad por ser uno mismo cuando el hombre tiene conciencia de su Yo, y termina desesperándose por ser quien es, en realidad es como mínimo curiosa. El desesperado parece vivir en una exterioridad que lo condena y clama por su calma. El sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad cuando sumerge a la conciencia tiene el “efecto” de esta desesperación kierkegaardiana.

Seguramente el propio Kierkegaard tuvo que vivir la desesperación a fondo, y quizás un profundo sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario, para describirla tan bien<sup>20</sup>.

Kierkegaard señala la desesperación como una enfermedad, y entiende que lo contrario de estar desesperado es tener fe. Él termina

---

<sup>18</sup> Tener conciencia de sí mismo entendemos por saber quien “es”/ “está” – términos utilizados por el Sr. G. del Caso Clínico que ilustra esta Tesis Doctoral - en este momento de enfermedad.

<sup>19</sup> En mi opinión, cuando llega a esto significa que lo que ha visto en sí mismo no es digno de “admiración” o mejor aún, diciendo apenas que no es digno.

<sup>20</sup> Sören Kierkegaard, *La Enfermedad Mortal*, 1969, pág. 27, véase en el Prólogo del Traductor.

preguntándose al final, *¿Qué es tener fe?* Considera que *el Yo es lo que en la relación, hace que ésta se relacione consigo misma*, y nunca dudó de la majestad de Dios, de la divinidad de Cristo y del valor absoluto de la Redención – “creer es ser”.

Se puede interpretar el “tener fe” como el creer en sí mismo, es amarse a sí mismo tal cual es. Es volver la energía del espíritu hacia sí mismo de manera positiva y constructiva, utilizándola como medio y no como un fin, esto es, como medio de cambiar la desesperación tornando al yo consciente o tomando conciencia del yo buscando mejorarlo con la fe, con la esperanza de tener una salida para la infinitud de su “dolor”. La fe abre caminos a la solución de los problemas. Como un abanico que se abre para diferentes soluciones y que muchas veces el hombre ya se utilizó de este abanico sin obtener éxito ninguno y por esto, se desespera. Se desespera por creer que lo que existe de posibilidades para salir de su “dolor de alma” se agotaron. No obstante, no se da cuenta que este abanico tiene límites que se han agotado y que, como la tierra que es redonda y no plana, las posibilidades también. Así que podemos abrir un nuevo abanico para solo entonces formar el círculo.

La desesperación es considerada por Kierkegaard, principalmente bajo la categoría de consciente: la conciencia es lo decisivo en relación al Yo, porque cuanto más conciencia, más Yo y cuanto más Yo más voluntad. Consecuentemente tanto mayor será también la conciencia de sí mismo. Siguiendo el raciocinio de Kierkegaard, una de las formas de conseguir ánimo es cuando se teme un peligro

mayor: *el hombre siempre se siente con ánimos para arriesgarse en un peligro más pequeño; y cuando se tiene un temor infinito ante un peligro único, entonces todos los demás peligros nos resultan como inexistentes.*

Dando secuencia a las ideas de Kierkegaard, el desesperado es un hombre que perdió la perspectiva de la posibilidad: posibilidad de vencer, de ser amado, de ser aceptado, de ser sí mismo, etc. Para que se pueda decir con toda verdad que un hombre no está desesperado hace falta que en cada momento esté eliminando la posibilidad. Ya que la realidad según los filósofos, es la posibilidad eliminada. La posibilidad abre caminos para que el hombre reflexione, reaccione, y con esto, cambie su vida<sup>21</sup>. Kierkegaard se pregunta *¿de dónde viene, pues, la desesperación?* De la relación en que la síntesis se relaciona consigo misma. Del Yo para el Yo mismo por ser quien es<sup>22</sup>.

La existencia humana es desesperada siempre que falta la posibilidad, *y la posibilidad es lo único que salva*. Dice que el hombre recurre a Dios, porque para Dios todo es posible: esa fórmula solamente empieza a ser decisiva cuando el hombre es llevado a una situación de extrema necesidad, donde no resta posibilidad alguna.

Según Kierkegaard el individuo desespera por no tener posibilidades. Si un individuo carece de esperanza se desespera, se deprime, psicosomatiza.

---

<sup>21</sup> La posibilidad aquí es lo que nos referimos anteriormente por “abanico”.

Como es el caso del Sr. G. que enfermó los riñones y, en el análisis, pudo encontrar una “salida para sus problemas o conflictos internos, como ilustró metafóricamente a través de los “canales” de los riñones. Cada uno tenía su salida o su fin. Se ve salvo por las posibilidades, posibilidades de comprender con profundidad sus conflictos, bloqueos y miedos.

La fe significa precisamente, en la concepción de Kierkegaard, que se pierde la razón para ganar a Dios, por esto que, lo que importa es que quiera creer. La victoria depende exclusivamente de que quien combate en ella quiera abrirle paso a la posibilidad; o dicho de otro modo: depende de que tenga fe. Como dice Kierkegaard, esta es *la salud* de la fe.

Podríamos decir que la fe en Dios produce posibilidades que retiran al hombre de la desesperación. Lo mismo ocurre cuando, por medio del análisis, ayudamos a los pacientes a encontrarse consigo mismos, como ocurre con los cristianos que se encuentran con Dios. Esto significa que el análisis del inconsciente, en el caso específico de esta tesis – la culpa inconsciente e imaginaria – lleva al sujeto a revelar sus “misterios”, llegar al equilibrio físico, espiritual y mental.

---

<sup>22</sup> En no aceptarse a sí mismo, en no querer ser sí mismo, en ser quien eso, en el lenguaje kierkegaardiano: en ser sí mismo.

También hace referencia a que el determinista o fatalista es un hombre desesperado por haber perdido su propio Yo a Dios, y con ello haberse perdido a sí mismo, puesto que *el que no tiene a Dios, tampoco tiene ningún Yo*. Su Dios es la necesidad. Dios equivale a que todo sea posible. La religión del fatalista es una *muda sumisión e incapacidad absoluta para la plegaria*.

El hombre quiere creer que para Dios todo es posible porque le conviene, porque Dios se convierte en posibilidad<sup>23</sup>. Kierkegaard plantea que para rezar es necesario: un Dios, un Yo y una posibilidad. El hombre reza a Dios para tener una posibilidad, y recurrir a Dios ya es, por sí sólo, posibilidad a ser alcanzada.

De hecho, como no logro obtener lo que deseo, u obtener el alivio de mi “dolor”, entonces desespero y busco una fuente externa, superior, perfecta, que “todo puede”, para superar mi impotencia o incapacidad en cambiar las cosas. Y si me atengo a Dios y a aún así no logro obtener lo que deseo, para no hundirme en la desesperación, alego que Dios así lo quiso y por esto no debo contestar o protestar, ya que el “todo superior” tiene razón en lo que hace. Esto implica en ocultarme detrás de Dios para encubrir mi sensibilidad en alcanzar la posibilidad.

---

<sup>23</sup> Aquí se puede hacer alusión a que ocurre algo similar con el paciente: al establecerse el vínculo terapéutico el paciente quiere creer que para el analista todo es posible, es decir, que el analista le va ayudar en lo que necesita, porque el analista también – así como Dios en la concepción de Kierkegaard – se convierte en posibilidad. Obviamente cabe al analista deshacer esta idea.

Kierkegaard refiere que muchas veces el hombre encuentra en su camino un obstáculo que dificulta y a veces impide alcanzar la posibilidad. La presunción y la puerilidad implican una carencia de posibilidad. La pedantería es una falta de espíritu, así como el determinismo y el fatalismo eran una desesperación espiritual.

En definitiva, tal y como dice Kierkegaard, la desesperación *es un fenómeno del espíritu* y suele ser común interpretarla de forma equivocada. El que padece de desesperación ya estaba desesperado con anterioridad, sin embargo, hay que tener en cuenta que no siempre están desesperados los que afirman estarlo<sup>24</sup>. *No estar desesperado es algo muy distinto de no estar enfermo; pues no estar enfermo no significa en modo alguno que se está enfermo, en cambio no estar desesperado puede muy bien significar que se está desesperado.*

La concienciación lleva al hombre a la curación: quien afirma que es un desesperado está más cerca de la curación que otros que niegan esta posibilidad. Considerándose esta la más peligrosa de todas las enfermedades: cuando uno no desea curarse de la desesperación<sup>25</sup>. Cuanto más conciencia tanto más intensa será la desesperación<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> En tiempos actuales sigue ocurriendo esto: a ejemplo de los pacientes que se dicen en depresión clínica por todo lo que oyen o leen y terminan absorbiendo para sí una "enfermedad", que no siempre es así.

<sup>25</sup> Recordamos aquí la verosimilitud entre desesperación y culpa inconsciente e imaginaria: cuando la culpa inconsciente e imaginaria se torna consciente, el individuo tiene mejores posibilidades de elaboración y resolución del conflicto.

<sup>26</sup> En el trabajo analítico suelo proporcionar que el paciente obtenga la concienciación de su problema en los dos primeros meses, para que el sujeto llegue a la curación.



Para que la desesperación sea consciente se necesita en primer lugar tener una idea cabal de lo que es la desesperación. Se necesita también que uno tenga lucidez sobre sí mismo, en la medida que lucidez y desesperación pueden pensarse juntas<sup>27</sup>. Lo más frecuente suele ser que el estado del desesperado venga envuelto en una semioscuridad – la cual a su vez viene acompañada de los matices más diversos – acerca de su propio estado. El desesperado sabe de su estado, pero prefiere – como quien lleva incubada una enfermedad en el cuerpo,- no declarar abiertamente de qué enfermedad se trata<sup>28</sup>. Cuanto más acertada sea la idea que se haya formado de la desesperación, será tanto más intensa cuanto más clara sea la conciencia que el hombre tiene de que está desesperado. Cuanto más clara la conciencia que tiene de sí mismo – el suicida – tanto más intensa será su desesperación, sobre todo al compararse con la de aquél cuya alma, comparada a su vez con la del anterior, se debate en un estado de confusión y tinieblas<sup>29</sup>.

Sören Kierkegaard en este interesante trabajo dedicado al tema de la desesperación declara algo muy importante acerca de lo imaginario: *Una vez que el sentimiento se torna imaginario el yo se va evaporando poco a poco, hasta no ser al final, más que una especie de sensibilidad impersonal, la cual inhumanamente no pertenece ya a ningún hombre, sino que inhumanamente y como quien dice de un modo sentimental*

---

<sup>27</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, Pág. 104.

<sup>28</sup> Como el culpable inconsciente.

<sup>29</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, Págs. 105 y 106.

*participa en el destino de una u otra abstracción, por ejemplo: la humanidad in abstracto.*<sup>30</sup>.

Esto acontece con el culpado imaginario.

Relacionando la desesperación con la imaginación, el autor recurre al *pequeño burgués* como material ilustrativo. *El pequeño burgués no tiene imaginación y ni quiere tenerla, y es natural que por este camino no venga ninguna ayuda.* El pequeño burgués tiene una ‘*sabiduría*’ peculiar de papagayos subidos al árbol de la experiencia banal. Se pone a desesperar, quedando evidente que la desesperación ya habitaba en él y faltándole al mismo tiempo la posibilidad de la fe para, con la ayuda divina, poder salvar un pobre yo que se está hundiendo sin remedio<sup>31</sup>.

Señala Kierkegaard que el fatalista y el determinista tienen suficiente imaginación como para desesperar acerca de la posibilidad, e incluyen la suficiente posibilidad como para descubrir la imposibilidad. En cambio, la banalidad burguesa se halla satisfecha en lo trivial y está igualmente desesperada, tanto si marchan las cosas bien como si van mal. Al fatalista y al determinista les falta la posibilidad de amainar y suavizar, les falta la posibilidad para atemperar la necesidad, en una palabra: la posibilidad en cuanto suavidad. En cambio, a la banalidad burguesa le falta la posibilidad para despertarse de la falta de espíritu<sup>32</sup>.

Podríamos decir que el fatalista y el determinista piden a Dios para obtener una posibilidad. Otras personas – los burgueses -, piden que Dios resuelva

---

<sup>30</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 77.

<sup>31</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 93.

su problema en lugar de darles posibilidades para que ellos, por sí solos busquen la solución. Piden que Dios solucione, y si Dios no “soluciona”, se enfadan con él. Pierden la fe inmediatamente, es decir, entran en profunda mediocridad.

Recuerda muy bien el autor que relacionarse con la verdad es el bien supremo y estar en el error, es la mayor de las desgracias. Entre la gente, en la mayoría de los casos, lo sensible prevalece sobre su intelectualidad<sup>33</sup>.

Importa muy poco que el que está desesperado no sea sabedor de que su estado es propiamente el de la desesperación, puesto que de todos modos es un desesperado<sup>34</sup>.

La desesperación misma es una negatividad, afirma Kierkegaard, y la ignorancia de la desesperación una nueva negatividad. La inconsciencia puede ser la forma más peligrosa de la desesperación, atendiendo a que el no sabedor no suele hacer nada por salir de la misma, e incluso confunde la desesperación con la no-desesperación. En la ignorancia, el desesperado esta completa y seguramente a merced de la desesperación. En la ignorancia de que se está desesperado es cuando el hombre está también más lejos de ser consciente en cuanto espíritu. Pero cabalmente esta inconsciencia en cuanto espíritu es la desesperación; el secreto de

---

<sup>32</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, pág. 93.

<sup>33</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, pág. 96.

<sup>34</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, pág. 98.

la falta de espíritu es la desesperación<sup>35</sup>. El hombre desespera por *no tener conciencia del espíritu*. Será una desesperación toda la existencia humana que no tenga conciencia de ser espíritu, o que no esté personalmente convencida, delante de Dios, de que es espíritu. Será una desesperación, desde luego, *toda existencia humana que no se funde de un modo transparente en Dios*, puesto que lo contrario de estar desesperado es tener fe<sup>36</sup>.

El Suicidio es para Kierkegaard uno de los pecados mayores que el espíritu puede cometer, eso es, una verdadera rebeldía contra Dios, por ser el suicidio una desesperación<sup>37</sup>.

El grado de conciencia exalta la desesperación. Existen dos formas de desesperación conscientes definidas por Kierkegaard: 1) el que uno quiera desesperadamente ser sí mismo; y 2) el que uno no quiera desesperadamente ser sí mismo. Llegar a ser sí mismo significa que uno se hace concreto. La evolución consistirá en que uno vaya sin cesar libertándose de sí mismo en el hacerse infinito del yo, sin que por otra parte deje de retornar incesantemente a sí mismo en el hacerse finito de aquél. Por el contrario, si el yo no llega a ser sí mismo por esto lo tenemos desesperado. Por lo tanto, el yo no es sí mismo, mientras no se haga sí mismo, y el no ser sí mismo es cabalmente la desesperación<sup>38</sup>.

---

<sup>35</sup> Podemos decir lo mismo de un individuo con culpa inconsciente e imaginaria.

<sup>36</sup> Søren Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, págs. 101 y 106.

## 1. El que uno quiera ser sí mismo:

Expresa la dependencia del yo; expresa la imposibilidad del Yo en poder alcanzar por sus propias fuerzas el equilibrio y el reposo, o permanecer en ellos, a no ser que mientras se relaciona consigo mismo, lo haga también respecto de aquello que ha puesto toda la relación. Al auto-relacionarse y querer ser sí mismo, el yo se apoya de una manera lúcida en el poder – Dios – que lo ha creado<sup>39</sup>.

Esta es la reacción de un individuo que siente culpa inconsciente e imaginaria. Es la forma de desesperación de que habla Kierkegaard, que expresa la dependencia del yo. La desesperación de uno querer ser sí mismo o la desesperación de la virilidad. Como dice Kierkegaard, la obstinación consecuencia de la desesperación por lo temporal, por lo eterno, por uno mismo lleva el hombre a querer desesperadamente ser sí mismo. Hay una mayor conciencia de lo que es la desesperación.

*Para que uno quiera desesperadamente ser sí mismo tiene que darse la conciencia de un yo infinito*<sup>40</sup>. El desesperado quiere ser este yo infinito, apartándose de la idea de que el Poder exista y así desligarse de él. Este individuo no quiere ser

---

<sup>37</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, págs. 102 y 106.

<sup>38</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, pág. 75.

<sup>39</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, pp. 48 y 49.

<sup>40</sup> Sören Kierkegaard, *“La Enfermedad Mortal”*, pág. 138.

sí mismo -y rechaza tener que estar relacionado con el yo que se le ha dado- sino que quiere ser la *encarnación de aquella forma infinita*<sup>41</sup>.

En esta forma de desesperación Kierkegaard distingue entre un yo activo y un yo pasivo: cuando el yo desesperado es un yo activo no reconoce ningún Poder sobre sí, tiene una seriedad fraudulenta, el yo es su propio señor. Finaliza Kierkegaard, por lo tanto, que *este yo desesperado no hace más que construir castillos en el aire y siempre está luchando en las nubes*<sup>42</sup>. Cuando el yo desesperado es un yo pasivo, sigue deseando desesperadamente ser sí mismo. En esta forma de desesperación, el desesperado descubre en su yo concreto un defecto fundamental, de cualquier naturaleza, que arruina su plan magistral de construir un yo perfecto. Entonces la obstinación llega a ser todavía más determinada. El desesperado no tiene esperanza de sanar, se escandaliza de la existencia, y quiere ser sí mismo a pesar y contra toda la existencia, *porque confiar en la posibilidad de una ayuda, - especialmente en virtud del pensamiento absurdo de que para Dios todo es posible- no, esto él no lo quiere. Y buscar ayuda en otro, no, tampoco lo quiere por todo el oro del mundo; él preferiría, si debiera ser así, ser sí mismo, con todos los tormentos del infierno, más bien que buscar ayuda*<sup>43</sup>. A medida que crece la conciencia de este sufrimiento interior, se puede llegar hasta lo demoníaco: la obstinación de querer ser uno mismo, con su tormento siempre al alcance de la mano, y con temor de la eternidad: *¡Ah, qué*

---

<sup>41</sup> Sören Kierkegaard, “La Enfermedad Mortal”, pág. 139.

<sup>42</sup> Sören Kierkegaard, “La Enfermedad Mortal”, pág. 141.

<sup>43</sup> Sören Kierkegaard, “La Enfermedad Mortal”, pág. 1.

*locura demoníaca, él se enfurece especialmente cuando piensa que a la eternidad podría venirle a la cabeza liberarlo de su miseria!*<sup>44</sup>.

## **2. El que uno no quiera ser sí mismo.**

Es la desesperación de no querer uno ser sí mismo o la desesperación de la debilidad<sup>45</sup>. La propia expresión “no quiere ser” nos está indicando obstinación que nunca deja de venir acompañada de cierta debilidad. Esta forma es típica desesperación de la femineidad.

Esto nos hace recordar determinados Casos Clínicos, donde se pudo observar esto en las relaciones amorosas: cuando uno se entrega al otro “por entero”, es decir, olvidándose de sí mismo, dejándose en segundo plano. Cuando el otro se marcha, lleva consigo al Yo de este uno. El uno se desespera y ya no quiere más ser quien es por haber sido engañado, por haber sido el que erró, el que se dejó engañar, y principalmente por sentir un inmenso vacío. Vacío este provocado por el propio sujeto, por haber depositado en el otro todo su potencial, todo lo mejor de sí. Ahí este pasa a no querer ser sí mismo, porque su lado bueno fue “dado” al otro, y lo que restó fueron solo cosas malas. Él se repudia, rechaza a sí mismo, se desprecia, porque lo que quedó es lo que no le gusta o no tiene coraje

---

<sup>44</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 1.

de cambiar, porque se había aprovechado del otro para vivir lo que no tenía coraje de vivir o de hacer un esfuerzo para esto. El individuo alimentó a su *ego* con el *ego* del otro. También para ‘garantizar’ el amor del otro o garantizar no ser abandonado: “me doy entero para ti para que tu me ames”.

*El hombre también se entrega pero su propio yo queda todavía a su lado, en tanto que la mujer, con toda su auténtica femineidad, se precipita y lanza su propio yo en el objeto de su abandono. Si este objeto queda eliminado, entonces se esfuma también el yo de la mujer y aparece su típica forma de desesperación<sup>46</sup>. Sin duda que no es éste el modo que el hombre tiene de entregarse, y por eso existe para él una segunda forma, típicamente masculina, de desesperarse, esto es: la del que desesperadamente quiere ser sí mismo. De acuerdo con Kierkegaard, la inmediatez es una forma de desesperarse por no querer ser sí mismo o no querer ser un Yo, o aún peor, querer ser otro. La desesperación del inmediatista es esencialmente débil, pasiva e irreflexiva. Sólo cuando el hombre logra alguna reflexión, pasa a tener un poco más de conciencia de sí. Sin duda ocurre una reflexión interior y, consiguientemente, un cierto grado de vuelta al propio Yo. El hombre inmediato no se conoce a sí mismo<sup>47</sup>.”*

---

<sup>45</sup> Es igual al sentimiento de culpa por responsabilidad de ser quien es.

<sup>46</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 109.

<sup>47</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 114.



*La desesperación se modifica un poco cuando se supone que la inmediatez contiene alguna reflexión*<sup>48</sup>. Esta desesperación es de la debilidad y, como consecuencia se torna pasividad. *Su forma consiste en no querer uno desesperadamente ser sí mismo*<sup>49</sup>. La desesperación cuanto más impregnada de reflexión menos aparecerá en el mundo. Más el hombre consigue esconder o no demostrar, es decir que no es visible pero está desesperado.

Diferencia el autor entre la desesperación de un viejo y la de un joven: “el joven desespera por el porvenir, como si se tratara de un presente en futuro, por creer que en el porvenir habrá cosas en que no podrá cargarse de ellas, y por esto desespera por no querer ser sí mismo. *En cambio el hombre de edad desespera por el pasado, como si éste fuera un presente en pretérito*<sup>50</sup>. El desesperado no se atreve a tomar ninguna decisión. Tiene miedo al error, y cuanto más miedo, más desesperación.

El individuo para en el tiempo, no corre atrás de las cosas, y si las cosas empeoran desespera todavía más, olvidando todo lo que puede, y convirtiéndose así en su propio *alcahuete*. En ambos – joven y viejo – la desesperación es la misma, puesto que no se llega a ninguna metamorfosis que favorezca la pronta incorporación de la conciencia de lo eterno en el yo, con lo que

---

<sup>48</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 115.

<sup>49</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 115.

<sup>50</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, págs. 124 y 125.

podría desencadenarse la batalla de las dos posibilidades: la de una desesperación en una forma todavía más profunda, o la de terminar alcanzando la fe<sup>51</sup>.

Aprovechamos esta particularidad para hablar respecto a la culpabilidad: o el culpado cae más hondo o se lanza en un trabajo psicoterapéutico que le llevará a “libertarse” de ella. Sin una psicoterapia el sentimiento de culpa inconsciente e imaginario permanece molestando al sujeto e impidiéndole alcanzar sus objetivos.

El sujeto desespera en torno de lo eterno. En la desesperación existe una conciencia de debilidad y una conciencia de su propia debilidad. Es una debilidad externa al Yo y otra que es interna al Yo. Tiene una sensación de haber perdido lo eterno y a sí mismo. El sujeto sólo desespera por ser quien es cuando adquiere conciencia de poseer un *ego*. Cuando el individuo se torna consciente de su propia debilidad se desespera, y esta es la real desesperación de la que habla Kierkegaard<sup>52</sup>. La desesperación siempre viene del Yo<sup>53</sup>. Kierkegaard decía que el desesperado por ser sí mismo, por ser quien es, suele ser raro en el mundo.

## B. Bibliografía

ENCARTA 96 ENCYCLOPEDIA. 1993-1995 Microsoft Corporation. All rights reserved. © Funk & Wagnalls Corporation. All rights reserved.

---

<sup>51</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 125.

<sup>52</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 128.

<sup>53</sup> Sören Kierkegaard, “*La Enfermedad Mortal*”, pág. 129.

- HALEY, Jay. 1986. *The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays*. The Triangle Press, second edition. Trad. Portugués 1993: *As Táticas e o Jogo de Poder de Jesús Cristo e outros ensayos*. Editorial Nórdica: Rio de Janeiro, Brasil.
- KIERKEGAARD, Sören Aabye. 1849. *Sygdommen til Døden*. Trad. Español D. Gutiérrez Rivero 1969: *La enfermedad Mortal - O de La Desesperación y el Pecado*. Ed. Guadarrama, Colección Obras y Papeles de Sören Kierkegaard, 7: Madrid, España.
- STRATHERN, Paul. 1997. *Kierkegaard in 90 minutes*. Ivan R. Dee: Chicago, USA. Trad. Portugués 1999: *Kierkegaard em 90 minutos*. Jorge Zahar Editor Ltda.: Rio de Janeiro, Brasil.

### III. LAS DIFERENTES TEORÍAS PSICOANALÍTICAS SOBRE LA CULPA

*El precio pagado por el progreso de la cultura reside en la pérdida de felicidad por aumento del sentimiento de culpabilidad.*

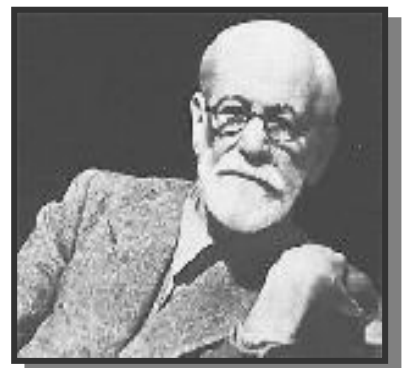
Sigmund Freud.

#### 1) Aportaciones de Sigmund Freud y Escuela Freudiana

##### A. Presentación de la Obra de Sigmund Freud

Con el descubrimiento del psicoanálisis, Freud inaugura un nuevo discurso, que tiene como objetivo prestar un estatuto científico a la psicología. En realidad, él introdujo una ruptura radical, tanto con lo que más tarde sería llamado ciencias

humanas, como con lo que, hasta entonces, constituía el centro de la reflexión filosófica, esto es, la relación del hombre con el mundo.



En la historia de la psiquiatría dinámica, llamase freudismo a la escuela de pensamiento fundada por Sigmund Freud. El freudismo incluye la totalidad de las corrientes que recurren a ella, independientemente de sus divergencias. Sus herederos, llamados freudianos, la modificaron a través de, por lo menos, cuatro generaciones de pensadores, comentadores, intérpretes, terapeutas o jefes de escuela, agrupados o no en diversas instituciones, entre ellas la más antigua y más poderosa es la International Psychoanalytical Association (IPA). Desde su creación, el 1910, ella se atribuyó la tarea de definir las normas de una enseñanza teórica y una formación llamada didáctica de los terapeutas denominados psicoanalistas, independientemente de la formación que tengan (medica, psiquiátrica o lega).

El freudismo es la alianza de un sistema de pensamiento con un método terapéutico. El sistema freudiano se basa en una concepción del inconsciente que excluye cualquier idea de subconciencia, en una teoría de la sexualidad que se extiende a todas las formas sublimadas de la actividad humana, siendo por lo tanto irreducible a la simple actividad sexual o a sus transgresiones y por último, en una aprensión de la relación terapéutica en términos de transferencia.

El freudismo se divide en seis grandes componentes fundamentales nacidos entre 1930 y 1960: el annafreudismo, el kleinismo, la Ego Psychology, los Independientes, la Self Psychology y el lacanismo. Los cinco primeros son

ampliamente aceptados y difundidos en la IPA, al paso que el sexto creó, a partir de 1964, su propio modelo institucional (la *École Freudienne* de París, EFP). En 1981 se fragmentó en una multiplicidad de corrientes, de las que apenas una fundó una nueva internacional: la *Association Mondiale de Psychanalyse* (AMP).

Como sistema de pensamiento, el freudismo marcó las artes y los campos del saber que le eran preexistentes (psicología, psiquiatría, filosofía, historia, religión, literatura, pintura). Habiendo atravesado todo el siglo XX, el freudismo cruzó, por otro lado, la historia de dos grandes corrientes de pensamiento que se desarrollaran en el mundo y que formaran un movimiento: el marxismo y el feminismo. Atravesó también la historia del cinematógrafo, nacida en la misma época que él.

Como escuela de pensamiento que alía un saber clínico a una teoría y a un movimiento institucional, el freudismo produjo una historiografía oficial, basada en la idealización de sus orígenes (idolatría del maestro fundador), y un dogmatismo. Por las mismas razones, en virtud de la diversidad de sus escuelas y de sus abordajes, suscitó las condiciones de una crítica a ese dogmatismo.

Pasado el período inicial freudiano, tienen lugar muchas controversias, resultando en el desdoblamiento del psicoanálisis en varios abordajes. Hasta 1997, el freudismo estaba implantado en 41 países del mundo.

Actualmente, el país que más psicoanalistas posee por habitante es Francia, seguida por Argentina, Suiza, Estados Unidos y Brasil.

El psicoanálisis freudiano es fundamentalmente un método de investigación, que consiste en evidenciar el significado inconsciente de las palabras, de las acciones y de las producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un sujeto. El objetivo es liberar al paciente de las exigencias inconscientes y permitirle retomar su desenvolvimiento entorpecido. Consiste en traer a la luz la dinámica psicológica inconsciente. Es considerada una experiencia de maduración más que una tentativa de restauración, ya que su hipótesis de trabajo admite la parada en el desenvolvimiento de la personalidad a la que trata de hacer progresar. El descubrimiento de Freud reside en los medios de retomar el desenvolvimiento afectivo bloqueado, y el individuo es convidado a retomar su propia historia en el punto en que fue fijada o interrumpida.

La importancia de trabajar el inconsciente disimulado nos lleva a la investigación más consistente del sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad, que provoca psicopatizaciones y trastornos del estado del humor como la depresión. Volveremos sobre esto en el transcurrir de la tesis.

**B. Cronología de la Vida y Obra de Freud**

<b>1815</b>	Nacimiento del padre de Sigmund, Jakobo Freud, negociante de lana en Freiberg, Moravia, cerca de 30 Km al sudeste de Dresden. Del primer casamiento, Jakob tuvo dos hijos, Emmanuel y Philipp.
<b>1855</b>	Jakobo Freud se casa en segundas nupcias con Amália Nathansohn, que murió a los 95 años, originaria de Brody, ciudad situada al noroeste de Galicia, próximo a la frontera rusa. Tuvo su primer hijo, Sigmund, a los veintiún años y, subsecuentemente, Julius que murió a los ocho meses; a él le siguieron cinco mujeres – Anna, Rosa, Marie, Adolfine y Paula - y un hombre más - Alexander; la hija mayor, Anna (nombre que será también el de la hija mayor de Freud), era dos años y medio más joven que Sigmund y Alexander diez años menor.
<b>1856</b>	El 6 de mayo nace Sigismund Freud el fundador del psicoanálisis, en la ciudad de Freiberg, (actualmente Pribor), en la actual República Checa, parte del Imperio Austríaco. A los 22 años cambia su nombre para Sigmund. Según la costumbre de ciertas familias judías, él había recibido también un segundo prenombre: Schlomo. Cuando Freud nació, su padre, un negociante de lanas, tenía cuarenta y un años y dos hijos del primer matrimonio, Manuel y Felipe. Estos dos medio-hermanos de 20 y 24 años respectivamente, tenían casi la misma edad de la madre de Freud - veintiún años.
<b>1859</b>	La crisis económica arruina el negocio de Jacobo, lo que determina el abandono de Freiberg por parte de la familia. En realidad se unía a la bancarrota el clima nacionalista anti-alemán en Freiberg, que era poco favorable a su negocio.
<b>1860</b>	La familia se instala en Viena.
<b>1865</b>	Entrada de Sigmund al Gymnasium (escuela secundaria) con un año de antelación.
<b>1870</b>	Recibe las obras completas de Ludwig Börne; su lectura tendrá gran influencia en él.
<b>1873</b>	Aprobado, notablemente, en los exámenes de conclusión de curso, Freud ingresa en la Universidad de Viena para estudiar medicina. Termina la carrera ocho años después. Nace el psiquiatra y psicoanalista húngaro Sándor Ferenczi, que vendría a ser el discípulo preferido de Freud y también el clínico más talentoso de la historia del freudismo.
<b>1874</b>	Publicación por Brücke de sus conferencias sobre fisiología.
<b>1875</b>	Viaja hasta Manchester, Inglaterra, donde encuentra a su medio-hermano Philipp y a su sobrina Pauline. Nace el psiquiatra suizo y fundador de la psicología analítica Carl Gustav Jung. Fundador de la escuela de psicoterapia, especialista en psicosis e interesado por el orientalismo.



<b>1876</b>	Desempeña trabajos en neurología y fisiología. Pesquisas en Trieste sobre las glándulas sexuales de las anguilas. Entra al laboratorio de Brücke para estudiar el sistema nervioso de los peces. Asiste a su curso sobre la fisiología de la voz y del lenguaje. Asiste también en Viena a las clases de filosofía de Brentano, obligatorio para los estudiantes de medicina.
<b>1878</b>	Conoce a Josef Breuer, quien le ayuda moral y materialmente. Estudios de neuropsiquiatría infantil.
<b>1879</b>	Frecuenta los cursos de psiquiatría de Theodor Meynert, cuya tendencia teórica se refleja en el subtítulo de su obra <i>"Psychiatrie"</i> , publicada en Viena el 1890: <i>"Las conferencias clínicas sobre la psiquiatría según fundamentos científicos, para estudiantes de medicina, juristas y psicólogos"</i> . Se interesa sólo por el aspecto neurológico de los problemas. Nace el psiquiatra y psicoanalista inglés Ernest Jones, de gran importancia para la historia política del freudismo. Será el fundador del psicoanálisis en Gran-Bretaña y creador del Comité Secreto, círculo formado por discípulos de Freud para discusiones de temas ligados al psicoanálisis. Pionero de la historiografía psicoanalítica y de la traducción inglesa de la obra freudiana. Mantendrá larga correspondencia de 671 cartas con Freud. Hará un gran trabajo de implantación de las ideas freudianas en Canadá y EUA.
<b>1880</b>	Breuer inicia el tratamiento de Bertha Pappenheim. Por iniciativa del filósofo y helenista Theodor Gomperz, que coordina la edición alemana de John Stuart Mill, Freud traduce cuatro ensayos de este autor: <i>"Sobre la cuestión laboral"</i> , <i>"La emancipación de las mujeres"</i> , <i>"El socialismo"</i> y <i>"Platón"</i> . Prefiriendo no emprender la práctica médica, proyecta una carrera en la investigación o la enseñanza.
<b>1881</b>	Concluye el curso de medicina (tardíamente).
<b>1882</b>	En la Salpêtrière, se crea una cátedra de clínica de enfermedades nerviosas, de la que el médico y fisiólogo francés Jean Martin Charcot es el titular. La neurología pasa a ser reconocida como una disciplina autónoma por primera vez. Conoce a su futura esposa, Martha Bernays, de la familia de un comentador de la Poética de Aristóteles, Jacobo Bernays, interesado sobre todo en la reconstitución de los textos antiguos sobre la catarsis. Breuer habla con Freud sobre el caso de Anna O.
<b>1883</b>	Ingresa en el servicio de psiquiatría de Meynert.
<b>1884</b>	Realiza estudios sobre la cocaína y descubre sus propiedades analgésicas. Realiza experiencias consigo mismo y con su amigo Fleischl, que es morfinómano.
<b>1885</b>	Es nombrado "Privatdozent" y se le concede un viaje de estudios, eligiendo París para iniciar una práctica con Charcot en la Salpêtrière. Este tendrá un papel fundamental en la formación del joven Sigmund. Las varias cartas que intercambiaron están traducidas en el libro <i>"Lecciones de los Martes"</i> .
<b>1886</b>	Deja París por Berlín, donde se interesa por la neuropatología infantil.

	Vuelve a Viena, donde se establece como médico y dirige el Departamento de Neurología, primer instituto público para niños. Entre 1886 y 1890 ejerce medicina como especialista en enfermedades nerviosas. En septiembre, se casa con Martha Bernays, con quien tendrá 6 hijos. El 15 de octubre hizo una conferencia sobre histeria masculina en la Sociedad de Médicos. Publica la traducción de <i>"Lecciones del martes de Charcot"</i> . Estudios de neuropsiquiatría infantil en el Instituto de Enfermedades Infantiles.
<b>1887</b>	Comienza a utilizar el hipnotismo, sin abandonar la electroterapia. Nace Matilde.
<b>1888</b>	Se publica la traducción de <i>"Leçons sur lès maladies du système nerveux"</i> , de Charcot y <i>"De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique"</i> , de H. Bernheim.
<b>1890</b>	Escribe <i>"Tratamiento psíquico"</i> . Practica con sus pacientes el método catártico.
<b>1891</b>	Instala su consultorio en Berggasse, en Viena, permaneciendo allí por casi cincuenta años, hasta su partida a Inglaterra. Nacimiento de Oliverio.
<b>1892</b>	Elabora el método de las asociaciones libres (técnica utilizada en psicoanálisis en que el paciente debe esforzarse en decir todo lo que le viene a la mente, principalmente aquello que se sienta tentado a omitir), utilizado en la paciente Elisabeth von R. Artículo sobre el tratamiento hipnótico realizado con esta paciente en colaboración con Breuer. Nacimiento de Ernesto.
<b>1893</b>	Inicio de la correspondencia habitual entre Freud y Wilhelm Fliess, su amigo íntimo y médico volcado a estudios relacionados con la sexualidad. La correspondencia entre ellos tendrá una enorme importancia en el desarrollo de la teoría psicoanalítica de Freud. Escribe con Breuer la <i>"Comunicación preliminar"</i> a los <i>"Estudios sobre la histeria"</i> . Artículo necrológico sobre Charcot, que falleció el 16 de agosto de este año. Publicación en francés, en la <i>"Revue Neurologique"</i> , del artículo <i>"Algunos puntos para un estudio comparativo de la parálisis motoras orgánicas e histéricas"</i> . Descubrimiento de los conceptos de defensa y represión. Nacimiento de Sofía.
<b>1894</b>	Publica <i>"Las neuropsicosis de defensa"</i> y su traducción de las <i>"Leçons du mardi"</i> , de Charcot. Descubrimiento del concepto de transferencia.
<b>1895</b>	Hace la primera interpretación de un sueño suyo: <i>"La inyección de Irma"</i> , que parece ser la simulación de un romance familiar de los orígenes y de la historia del psicoanálisis. Publica originalmente en francés <i>"Obsesiones y fobias"</i> . Nace en diciembre su quinto hijo, Anna Freud, la que se tornará psicoanalista y fundará su propia corriente. Se tomará una célebre psicoanalista de niños. Publica <i>"Estudios sobre la Histeria"</i> .
<b>1896</b>	Surge por primera vez el término psicoanálisis, para nombrar el método específico de la psicoterapia. En el mismo año, la correspondencia entre Fliess y Freud presenta la expresión "aparato psíquico" y sus tres componentes: consciente, pré-consciente e inconsciente. Publicación de <i>"Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa"</i> . Muere

	el padre de Freud, Jakobo Freud. Entre 1896 y 1907, viaja a Italia (Florencia) muchas veces, para pasar sus vacaciones de verano. Sentimientos negativos contra Breuer. Su conferencia sobre la etiología sexual de la histeria escandaliza a su auditorio.
<b>1897</b>	A través de su correspondencia con Wilhelm Fliess, Freud inicia lo que él llamaría su auto-análisis. Escribe a Fliess diciendo que está abandonando la teoría de la seducción, que tiene como principal causa de las neurosis los traumas causados en los niños por los adultos, para considerar la importancia de la fantasía en la vida psíquica. Empieza a escribir <i>“La Interpretación de los Sueños”</i> . Descubre el inconsciente como un sistema. Descubre el concepto de Edipo, elaborando la primera interpretación sobre la tragedia de Edipo Rey, de Sófocles. Sueño edípico significativo, pero relacionado por Freud con la teoría del <i>trauma</i> .
<b>1898</b>	Realiza una conferencia sobre <i>“La sexualidad en la etiología de las neurosis”</i> . Concluye <i>“La interpretación de los sueños”</i> (excepto el capítulo VII). Publica <i>“Sobre el mecanismo psíquico del olvido”</i> .
<b>1899</b>	Publicación de <i>“La Interpretación de los Sueños”</i> (su edición es datada en 1900). Publica <i>“Los recuerdos encubridores”</i> .
<b>1900</b>	En octubre inicia el análisis de Dora (Caso de histeria y el tema de la transferencia).
<b>1901</b>	Nace el psiquiatra y psicoanalista francés Jacques Lacan, responsable de reformar la obra freudiana, dándole un carácter más filosófico y quitándole el substrato biológico. Lacan elaborará un sinnúmero de conceptos (imaginario, simbólico, real) que enriquecerán las formulaciones clínicas. Publica: <i>“La psicopatología de la vida cotidiana”</i> . Escribe <i>“Sueño e histeria”</i> , donde relata el análisis de Dora, empero será publicado solamente en 1905 con otro título. Viaje a Roma. Las relaciones con Fliess empiezan a deteriorarse.
<b>1902</b>	Es creada la primera sociedad psicoanalítica del mundo, en Viena, con el nombre de Sociedad Psicológica de los Miércoles. Viaje a Nápoles. Stekel, un discípulo de Freud, empieza a practicar el psicoanálisis.
<b>1903</b>	Analiza a un niño de 5 años. Es el primer psicoanálisis hecho en niños. Descubrimiento de la primera teoría de las pulsiones: pulsión sexual y pulsión del Yo. Publica <i>“El método psicoanalítico de Freud”</i> .
<b>1904</b>	Viaje a Atenas, Grecia y la Acrópolis. Inicia correspondencia con Eugen Bleuler en Zurich y escribe <i>“Sobre psicoterapia”</i> .
<b>1905</b>	Publica: <i>“Tres ensayos para una teoría sexual”</i> , <i>“Análisis fragmentario de una histeria”</i> (caso Dora); <i>“El chiste y su relación con lo inconsciente”</i> . Conoce a Jung; descubrimiento de los estadios de la evolución de la sexualidad infantil.
<b>1906</b>	Inicio de la correspondencia entre Freud y Jung. Amigo y discípulo de Freud hasta el 1913, Jung establece con él una fuerte correspondencia que llegó a 359 cartas. Jung tenía una concepción de inconsciente y del psiquismo cuando decidió aproximarse a Freud. Lo que le llevó al padre del psicoanálisis, fue la fascinación por una obra en la que creía

	encontrar la confirmación de sus hipótesis sobre las ideas fijas subconscientes, las asociaciones verbales y los complejos. Publica <i>"El psicoanálisis y el diagnóstico de los hechos en los procedimientos judiciales"</i> (basado en la conferencia realizada en Viena el junio de 1905 para estudiantes de derecho).
<b>1907</b>	Jung crea la Sociedad Freud en Zurich. Más tarde, ésta se torna la Asociación Psicoanalítica de Zurich. Publica: <i>"La ilustración sexual del niño"</i> , <i>"El delirio y los sueños en la Gradiva"</i> , de Jensen y <i>"Los actos obsesivos y las prácticas religiosas"</i> . Visita de Jung. Conoce a Karl Abraham.
<b>1908</b>	Sandor Ferenczi visita a Freud por primera vez, después de leer <i>"La Interpretación de los Sueños"</i> . A partir de este encuentro, se cambian cerca de 1.200 cartas durante 25 años. Ocurre el Primer Congreso Internacional de Psicoanálisis en Salzburgo. En este congreso, donde 42 miembros de 6 países estuvieran presentes, Freud se encuentra con Ernest Jones por primera vez. Hermine von Hug-Hellmuth se torna la primera mujer psicoanalista de niños. Publica: <i>"Teorías sexuales infantiles"</i> , <i>"El poeta y los sueños diurnos"</i> , <i>"El carácter y el erotismo anal"</i> y <i>"La moral sexual &lt;&lt;cultural&gt;&gt; y la nerviosidad moderna"</i> . Visita de Sándor Ferenczi. Descubrimiento del complejo de castración.
<b>1909</b>	Viaje a Estados Unidos en compañía de Jung y Ferenczi. Realiza cinco conferencias de iniciación al psicoanálisis, en la Clark University (Worcester, Massachusetts). Publica: <i>"Análisis de la fobia de un niño de 5 años"</i> (Caso Juanito), <i>"Análisis de un caso de neurosis obsesiva"</i> (El Hombre de las Ratas).
<b>1910</b>	Se crea la <i>International Psychoanalytical Association</i> (IPA), en el II Congreso Internacional de Psicoanálisis de Nuremberg, siendo Carl Jung electo su primer presidente. La IPA se tornaría una organización internacional responsable de reunir las sociedades de diferentes países. El médico chileno German Greve presenta las tesis freudianas por primera vez en América Latina, durante un congreso de medicina en Buenos Aires. Publica: <i>"Múltiple interés del psicoanálisis"</i> , <i>"El psicoanálisis &lt;&lt;salvaje&gt;&gt;"</i> , <i>"El porvenir de la terapia psicoanalítica"</i> , <i>"El doble sentido antitético de las palabras primitivas"</i> , <i>"Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University"</i> y <i>"Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci"</i> (inicio de los estudios de la neurosis a la psicosis). Acontece la renuncia de Alfred Adler de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. "Esquema del psicoanálisis".
<b>1911</b>	Publica: <i>"Formulaciones sobre los dos principios del funcionamiento mental"</i> , <i>"Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia"</i> , (Caso Schreber). <i>"Ensayos"</i> . Descubrimiento del concepto de narcisismo, gracias al estudio de la psicosis paranoica. Dimisión de Adler
<b>1912</b>	Ernest Jones crea la <i>American Psychoanalytic Association</i> (APA). Publica: <i>"La dinámica de la transferencia"</i> , <i>"Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico"</i> y <i>"Algunas observaciones sobre el concepto de lo inconsciente en el psicoanálisis"</i> .

<b>1913</b>	Inicio del conflicto entre Jung y Freud, después del intento de Jung de convencer a Freud de desexualizar su doctrina. El conflicto resultará en la ruptura definitiva entre ellos. Es fundada la <i>“Zeitschrift für Psychoanalyse”</i> . Publica: <i>“Múltiple interés del psicoanálisis”</i> , <i>“La disposición a la neurosis obsesiva”</i> y <i>“Tótem y Tabú”</i> . Ferenczi funda la Sociedad de Budapest. Ernest Jones funda la Sociedad de Londres. Congreso de Munich.
<b>1914</b>	Jung deja la presidencia de la Asociación Internacional. Escribe: <i>“Historia del movimiento psicoanalítico”</i> , <i>“Introducción al narcisismo”</i> y <i>“El Moisés de Miguel Ángel”</i> .
<b>1915</b>	Publica: <i>“Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica”</i> , <i>“Los instintos y sus destinos”</i> , <i>“Observaciones sobre el amor de transferencia”</i> (Nuevas recomendaciones sobre la técnica del psicoanálisis III), <i>“Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte”</i> , <i>“Lo inconsciente”</i> y <i>“La Represión”</i> .
<b>1916</b>	Publica: <i>“Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica”</i> .
<b>1917</b>	Publica: <i>“Duelo y melancolía”</i> , <i>“Sobre las transmutaciones de los instintos y especialmente del erotismo anal”</i> , <i>“Una dificultad del psicoanálisis”</i> y <i>“El tabú de la virginidad”</i> .
<b>1918</b>	Publica: <i>“Historia de una neurosis infantil”</i> (Caso del Hombre de los lobos).
<b>1919</b>	Publica: <i>“Pegan a un niño”</i> , <i>“El Extranjero”</i> , <i>“Sobre la enseñanza del psicoanálisis en la universidad”</i> e <i>“Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra”</i> .
<b>1920</b>	Muere la hija mayor de Freud, Sofía, y su nieto, hijo de Sofía. Publica: <i>“Más allá del principio del placer”</i> , y <i>“Para la prehistoria de la técnica psicoanalítica”</i> . Fundación de la policlínica de Berlín y del <i>“International Journal of Psychoanalysis”</i> . Segunda teoría del aparato psíquico: Ello (Id), Yo (Ego), Superyo (Superego). Sustituyendo a la teoría de los Instintos elabora la de las pulsiones: pulsiones de vida y pulsiones de muerte.
<b>1921</b>	Publica: <i>“Psicología de las masas y análisis del Yo”</i> . Congreso de Hagen.
<b>1922-1923</b>	Se constata un cáncer en la mandíbula de Freud, que lo lleva a 33 cirugías y a perder el maxilar superior, colocando una prótesis para separar la boca. Primera difusión de las obras de Freud en español en la América Latina. Publica: <i>“El &lt;&lt;Yo&gt;&gt; y el &lt;&lt;Ello&gt;&gt;”</i> , <i>“Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación onírica”</i> , <i>“Psicoanálisis”</i> y <i>teoría de la libido</i> , <i>“La disolución del complejo de Edipo”</i> . Instauración del concepto de falo. Muere su nieto Heinz. Importancia del concepto de Ello (Id) como el campo más impersonal y más ajeno al Yo (Ego). Congreso de Berlín.
<b>1924</b>	La Sociedad Psicoanalítica de Moscú pasa a ser afiliada a la IPA, a pesar de no recibir el apoyo de Ernest Jones. La filiación es defendida por Freud desde 1922. Publica: <i>“El problema económico del masoquismo”</i> , <i>“Las resistencias contra el psicoanálisis”</i> , <i>“Esquema del psicoanálisis”</i> .

<b>1925</b>	Instauranse las reglas del psicoanálisis didáctico, que deben ser seguidas por todos los integrantes de la IPA. Publica <i>"Autobiografía"</i> , <i>"Inhibición, síntoma y angustia"</i> e <i>"Historiales clínicos"</i> . Muere Karl Abraham.
<b>1926</b>	Publica: <i>"Psicoanálisis y medicina"</i> (Análisis Profano). Fundación de la Sociedad Psicoanalítica de París.
<b>1927</b>	Iniciase el conflicto entre europeos y americanos en cuanto a la admisión de no-médicos en la IPA. Publica: <i>"Fetichismo"</i> , <i>"El porvenir de una ilusión"</i> .
<b>1928</b>	El conflicto llega a la fundación de la Asociación Médica de Psicoanálisis en París, reservada sólo a los médicos. La Asociación jamás se afiliará a la IPA. Publica: <i>"Dostoyevski y el parricidio"</i> .
<b>1929</b>	Rompe con Ferenczi.
<b>1930</b>	Muere la madre de Freud. Publica <i>"El malestar en la cultura"</i> . Recibe el premio Goethe. Escribe en colaboración con Bullitt, <i>Thomas Woodrow Wilson</i> , que será publicado en 1967.
<b>1931</b>	Publica: <i>"Sobre la sexualidad femenina"</i> . Agravamiento del cáncer en la mandíbula.
<b>1932</b>	Publica: <i>"Nuevas aportaciones al psicoanálisis"</i> , <i>"Sobre la conquista del fuego"</i> , <i>"El porqué de la guerra"</i> ; carta a Einstein publicada el 1933, en alemán, inglés y francés por el Instituto Internacional de Cooperación Intelectual.
<b>1933-1939</b>	La terminología freudiana es excluida del vocabulario de psiquiatría y de psicología de Alemania. El psicoanálisis es considerado como ciencia judaica. Durante este período ocurre una grande emigración de psicoanalistas alemanes hacia Argentina, Inglaterra y Estados Unidos. Los libros de Freud son quemados en Alemania, por los nazis.
<b>1934</b>	Jung es denunciado por excluir judíos de una sociedad formada por psiquiatras y psicoterapeutas. Es el inicio de la polémica de la adhesión de Jung al nazismo.
<b>1935</b>	Muchos titulares judíos de sociedades psicoanalíticas tuvieron que dimitir para "salvar el psicoanálisis en Alemania".
<b>1936</b>	Publica: <i>"Un trastorno de la memoria en la Acrópolis"</i> . En Mayo conmemora 80 años, bodas de oro.
<b>1937</b>	Publica: <i>"Análisis terminable e interminable"</i> , <i>"Construcciones en el análisis"</i> y <i>"Moisés y la religión monoteísta"</i> .
<b>1938</b>	Roosevelt y Mussolini intervienen en favor de Freud. Huyendo del nazismo, fija residencia en Londres con la mujer y los hijos. Con el ascenso del nazismo, sus libros son quemados en plaza pública. Los nazis revistan su casa y llevan los objetos de su colección de antigüedades.
<b>1939</b>	A los 83 años, el 23 de septiembre, muere del cáncer de mandíbula que padeció durante 16 años.
<b>1951</b>	Muere Martha Freud (conservaba todas las cartas que Freud le había escrito. Sólo una pequeña parte fue publicada).

### **C. Breve Biografía**

Sigmund Freud nace en Freiberg (actualmente Příbor), en Moravia, en medio a un precioso paisaje de praderas y bosques, el 6 de Mayo de 1856. Su padre, de origen hebraico era un pequeño comerciante textil, que aseguraba una modesta condición económica a la familia, de estructura patriarcal. Hijo del segundo matrimonio de Jakobo Freud - que contaba entonces con cuarenta y un años - con Amalie Nathanson - veinte años más joven que él - que convivían con sus dos hijos del primer matrimonio - Emmanuel, nacido en 1832-1833 y Philipp, nacido en 1836 - y los nietos. La compleja relación familiar, deparó al pequeño Sigmund una diversidad de inconvenientes y su curiosidad infantil no satisfecha seguramente tuvo consecuencias en el futuro del descubridor del complejo de Edipo. De la madre, vivaz e inteligente, Freud pensaba haber heredado los aspectos más apasionados de su temperamento: con la ternura y el sentimiento de admiración que ella siempre tuvo por él, le infunde un sentido de fe en sí mismo. En su memoria, la ciudad de Freiberg quedará como una remota isla de felicidad, cuya imagen de la naturaleza suele mezclarse con la imagen de la joven madre, de quien se sentía el hijo predilecto.

Jakobo Freud era de carácter amable, extravagante, con especial interés por el humorismo, que encontraremos en la pasión de Freud por moralizar su existencia a través de brillantes historietas hebraicas. Todos los recuerdos

infantiles revelan la importancia de la figura del padre, admirada y temida por Freud: su muerte aconteció cuando Freud tenía cuarenta años, fomentándole serios conflictos y produciendo un cambio fundamental en sus investigaciones.

La felicidad de este mundo infantil fue de corta duración: el pasaje del trabajo manual a la introducción de la maquinaria pone en crisis las industrias textiles de Freiberg y Jakobo Freud transfiere la familia a Viena, con la esperanza de encontrar mejor oportunidad de trabajo. Por mala suerte o por espíritu aventurero, ya no pudo garantizar a su familia la seguridad económica de antes, a lo que se añadió que la familia en estos años aumentó, incluso, con otros seis hijos más. Inmerso en esta restricción económica, Sigmund asume la imagen de un adolescente serio y estudioso, revelando de pronto una independencia de carácter que marcará como un rasgo constante su personalidad. Al apasionado interés por el clasicismo y por los grandes escritores de la cultura moderna, se alía una capacidad de reflexión y una tensión interior que le induce a buscar su propio camino, lo que le llevará a trabajar en el interés de la humanidad, como él mismo dirá: “por una causa noble y grande”. Esta profunda aspiración juvenil de comprender los ‘enigmas’ del mundo le incita a los 17 años a inscribirse en la facultad de medicina, no tanto por su vocación de médico como por el interés en los estudios de ciencias naturales que, en esta época, los estudios de Darwin aportaban a la medicina.



Después de haberse diplomado, Freud se vio poco atraído por el ejercicio de la medicina y forzado a abandonar el laboratorio de fisiología – Ernest Brücke – que fue determinante en su formación científica, y a renunciar a la carrera universitaria por razones económicas. El impulso decisivo de abandonar las investigaciones puras para ganarse la vida, fue resultado de un hecho sentimental muy importante en su vida: su amor por Martha Bernays, que contribuyó a que se volcara definitivamente en los proyectos futuros, dedicándose casi ardientemente a la conquista de la independencia económica. El fervor de este año es testimonio de las bellas cartas enviadas a la novia tan lejana: aparte de revelar la vivacidad de sus sentimientos, se reveló un precioso diario cotidiano de su responsable preparación al ejercicio de la profesión, como lo fueron los tres años de laborioso aprendizaje en el Hospital General de Viena. Concomitantemente, en 1885, se interesó por la anatomía del cerebro que le proporcionó la docencia sobre enfermedades del sistema nervioso, y logró obtener la deseada beca que le llevaría a París, a la Salpêtrière, con Charcot. Con Martha construye una relación de estabilidad, de recíproca comprensión y noble amistad consentida por el bien más valorado por Freud que es el amor y la verdad.

Sus cartas poseían una imagen heroica y también igualmente irónica: se equipara a Don Quijote, personaje que ama profundamente a una mujer y experimenta con la misma intensidad la ‘alegre melancolía’ y la inexorable lealtad a su ideal amoroso.

Cuando Freud se fue a París, en octubre de 1885, el antiguo Hospital de la Salpêtrière era 'la Meca de la neurología' por la fama de su director, Jean Martín Charcot. En este año el interés de Charcot estaba volcado al estudio de la histeria, enfermedad reincidente, empero poco conocida y bastante difamada por estar ligada a actitudes simuladoras.

Otra vez en Viena, en la mañana de Pascua de 1886, Sigmund Freud inició su consulta como neurólogo. Aquí se inició una larga lucha por establecerse profesionalmente en la ciudad, no tardando mucho tiempo en encontrar en la compañía de Martha, no sólo una fuente importante de energía sino sobre todo de tranquilidad interior.

La práctica terapéutica le causó una decepción: el tratamiento de electroterapia juntamente con la cura del baño y masaje que se utilizaba en el tratamiento de la enfermedad nerviosa no era del todo eficaz. Esta enfermedad prosperaba y estaba destinada a aumentar. Freud estaba decidido a seguir con la cura de los que sufren de enfermedad nerviosa, y decide vencer una especie de timidez, pasando a la hipnosis y desafiando la resistencia del ambiente psiquiátrico vienés donde era considerada una simulación. Los resultados llevaron Freud a volver a Nancy, en Francia, donde estaban otros dos médicos Liébault y Bernheim, que se dedicaban al estudio del fenómeno de la hipnosis. Su teoría difería de la de Charcot, en la medida en que proponían que el estado de conciencia hipnótico no era "patológico" o neurótico.

La precariedad del resultado del método hipnótico no dependía de un defecto de la técnica hipnótica, sino de un método inadecuado: es sabido sobre la imposibilidad de eliminar del todo el síntoma nervioso. Freud, antes de abandonar la hipnosis, hará un intento de utilizarla con propósitos exploratorios para verificar si la enfermedad revela la génesis de sus síntomas. Freud recuerda el célebre caso de Anna O. de su amigo y bienhechor Joseph Breuer, prestigioso médico vienes. Él convence a Breuer de colaborar con un estudio sobre el fenómeno de la histeria, con intención de formular una teoría de los síntomas histéricos igual que un nuevo método de cura, al que por el momento darían el nombre de <<método catártico de Breuer>>. *“Estudios sobre la Histeria”* es fruto de esta colaboración, publicado en 1895, y considerada la primera obra de la literatura psicoanalítica.

Como siguiente paso Freud modifica la técnica catártica abandonando no sólo el hipnotismo sino también la sugestión, desarrollando la técnica de la libre asociación, que cuenta con la colaboración del paciente en comunicar verbalmente sus propios pensamientos y sentimientos. En las manos de Freud se reveló un método terapéuticamente eficaz, aunque también un valioso instrumento de investigación. El 1896 ocurre lo inevitable: la separación de Freud y Breuer.

La relación de Freud con el médico berlinés Wilhelm Fliess se intensifica. Fliess era un especialista del aparato respiratorio, pero su cultura era

rica en conocimientos en biología. A diferencia de Breuer, tenía mucho interés por el tema de la sexualidad.

Con la ayuda de Fliess, Freud emprende su auto-análisis, considerada su obra más audaz y que podrá experimentar en el análisis de los pacientes. La muerte de su padre en 1896 y la rotura de la amistad con Breuer habría dejado a Freud en un estado de depresión profunda. La correspondencia enviada a Fliess, posterior a estos hechos, tuvo participación importante en el descubrimiento de Freud - a través de su auto-análisis - de una nueva ciencia del hombre. Este trabajo que Freud manejó toda la vida, y que desarrolló paralelamente a su trabajo de investigación de los sueños, resultará en 1900 en su gran obra: *"La interpretación de los sueños"*.

Entre 1901 y 1904 en *"Psicología de la vida cotidiana"*, Freud escribe sobre el inconsciente estudiado a través de eventos banales diarios. En 1905 publica *"Tres ensayos para una teoría sexual"*, una fantástica y revolucionaria obra que trata del descubrimiento de la sexualidad infantil, representando una fracción importante de la edificación de su obra.

La relación de Freud con Fliess entra en crisis. Terminado el compromiso emocional, ambos entraron en una postura muy crítica que provocó la ruptura definitiva en 1902. En seguida Freud da inicio a la *"Sociedad de los miércoles"* (así bautizada porque las reuniones se daban los miércoles en casa de

Freud). A partir de 1908, con la *Sociedad Psicoanalítica de Viena*, da inicio al movimiento psicoanalítico. Poco a poco el nombre de Freud empieza a ser notado en el extranjero: los primeros discípulos como Adler, Ferenczi, Rank, Tausk, Abraham, se tornan pioneros en la nova doctrina, y el año 1907 se adhiere Jung. Es increíble la capacidad de trabajo de Freud durante este año.

En 1907, tras haber conducido el psicoanálisis a un campo siempre muy vasto de la cultura humana, escribe *"El delirio y los sueños en la Gradiva de W. Jensen"*, un ensayo que fue un homenaje a Jung y el primer ejemplo de interpretación analítica de una obra de arte.

El 1910 la primera biografía psicoanalítica: *"Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci"*, estudio predilecto de Freud, una especie de biografía interior.

Al final del año 1913, publica *"Tótem y Tabú"*, un trabajo bastante audaz, por hacer una incursión del psicoanálisis en la historia de la civilización humana.

El 1909 hubo un importante reconocimiento oficial cuando Freud tuvo la satisfacción de ser invitado a la Clark University en Worcester, para realizar una serie de conferencias sobre el psicoanálisis. En 1911, después de un periodo de disensión, con la absorción de Jung en estudios mitológicos, las divergencias ideológicas empezaron a surgir y, en 1912 la separación personal entre Freud y

Jung fue decisiva. En 1914 era difícil prever la consecuencia de la rotura para el porvenir del psicoanálisis: el disidente proclamaba la concesión como una superación de la doctrina freudiana y la existencia de tres escuelas de psicoanálisis generaba descrédito a la nueva ciencia. Freud reacciona con una serie de obras que se prolongaron por los años de la guerra, siendo una de estas obras la *"Introducción al narcisismo"*.

Los años de la guerra serán para Freud profundamente tristes. Oprimido por la preocupación por los hijos ante la guerra, por el caos económico, que con la inflación galopante le reducirá a la pobreza, por la soledad, rematado con un número acentuadamente reducido de pacientes y con casi todos sus colaboradores en el frente. Freud, cercano a los sesenta años, combatirá también una batalla - sólo que personal - operando una admirable serie de escritos sobre metapsicología, una sorprendente síntesis de su descubrimiento que le preserva la posteridad. La profunda modificación conceptual de su obra y la dolorosa participación en los grandes eventos de la historia, le llevarán a una total reformulación en los conceptos de su doctrina, en un periodo de excepcional creatividad.

Una muerte entra de golpe en la vida de Freud, en 1920: con sólo 26 años muere su hija Sophie, dejando dos niños en la más tierna edad. En este mismo año escribe *"Más allá del principio del placer"*, obra que refleja la mudanza causada por la guerra en su postura frente la muerte. En el año siguiente, el 1921,

escribe la *“Psicología de las masas y análisis del yo”*, que es su más importante contribución en el campo de la sociología.

En 1923, publica *“El <<Yo>> y el <<Ello>>”*, obra fundamental en la doctrina psicoanalítica. Esta representa la última elaboración de la estructura del aparato psíquico, del que Freud suministra una visión unitaria a la luz de la reciente hipótesis sobre la pulsión de vida y de muerte.

A los 67 años, en su plenitud espiritual, Freud enferma de cáncer de mandíbula que transforma los siguientes 16 años en una verdadera tortura. Freud reacciona a la enfermedad con firmeza y hace el pacto con su hija Anna, de que a partir de este momento ella sería su única enfermera y haría todo lo necesario sin sentimentalismo. El 1923, él sufre otro golpe por la muerte de Heinerle, el hijo menor de su hija Sophie. La muerte de este niño, que Freud reconocía haber amado más que cualquiera otra persona del mundo, le dejó muy conmovido.

Todo lo ocurrido hasta entonces no cambió en absoluto su actitud frente al trabajo: en 1926 publicó *“Inhibición, síntoma y angustia”*. En los años siguientes publicó *“El porvenir de una ilusión”* (1927) y dos años más tarde en 1929, *“El malestar en la cultura”*. Estas dos últimas obras tratan del problema del sufrimiento humano: en la primera obra evidencia la necesidad infantil que impele al hombre buscar por medio de la divinidad una ayuda contra la propia impotencia en el triple conflicto que sostiene consigo mismo, con el mundo

externo y con el otro. El tema central de la segunda obra es la excesiva renuncia a la satisfacción de la pulsión instintiva que la civilización consigna al individuo.

En *“Más allá del principio del placer”* escribió que el mayor sacrificio que la construcción de la civilización proporciona al hombre no es tanto la pulsión libidinal, sino la agresiva o pulsión de muerte el gran obstáculo a la cultura. La lucha entre Eros y Thanatos incumbe de modo preocupante a la civilización humana: de su resultado dependerá la posibilidad de un futuro para nuestra especie. Establece con esto, dos fuerzas opuestas en el psiquismo: la pulsión de vida y la pulsión de muerte, fuerzas de misma validez y condición, y en constante lucha una con otra. Curiosamente cuando Freud escribió este ensayo tratando de la pulsión de muerte, destrucción y agresión, coincidió con el período de duelo por su hija Sophie.

En esta época la situación política empieza a hacerse más grave: en 1933 los nazis declaran en Berlín que consideran que las obras de Freud son una ciencia hebraica. En 1936 la persecución se extiende a Viena, y Freud cumple 80 años en medio a esta angustiosa atmósfera. En 1938 los nazis invaden Austria y la situación se hace desesperada. Freud sigue muy mal por la enfermedad y Jones le convence de dejar la ciudad para refugiarse en Londres. Superadas estas dificultades, gracias a la intervención de personalidades políticas internacionales que presionaron al gobierno nazi en junio de 1938 Freud vuelve a Viena. Este fue un momento dramático de su existencia. La salud de Freud sigue bastante débil y



el proceso de su enfermedad se torna irreversible después de haber pasado por una nueva intervención. Escribe a Marie Bonaparte que su mundo es <<una pequeña isla de dolor flotando en un mar de indiferencia>>. Su muerte, sobrevenida tras un largo tormento, ocurre el 23 de septiembre de 1939.

#### **D. Teoría de la Fantasía**

Algunos puntos importantes serán esbozados aquí para introducir la noción de fantasía<sup>1</sup> tal como Freud la desarrolla en algunos de sus textos.

La fantasía en Freud parece designar más que la facultad psicológica para representarse un objeto en ausencia, los contenidos del mundo imaginario<sup>2</sup>, cercana por tanto, a la noción alemana de “*phantasie*”.

Freud hace un uso diverso del término y recurre frecuentemente a él, tanto, que designa con el mismo nombre las fantasías conscientes de los perversos, los temores delirantes de los paranoicos y las construcciones inconscientes de los

---

<sup>1</sup> La definición de fantasía se buscó del Diccionario de Psicoanálisis: “Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo inconsciente”. Laplanche y Pontalis, 1983 *Diccionario de psicoanálisis*, págs. 138-143.

<sup>2</sup> Laplanche y Pontalis, 1983, págs. 18 y 19.

históricos<sup>3</sup>, es decir, asigna a la fantasía un lugar estructural independiente de la fenomenología del caso. Freud destaca una diferencia entre las fantasías de la histeria y la paranoia: las fantasías histéricas son independientes, contradictorias y las fantasías paranoicas son sistemáticas y armonizadas entre sí<sup>4</sup>.

Freud encuentra la fantasía en todos los polos de su experiencia y de la actividad psíquica, a la vez como desencadenantes de un síntoma que en el origen del síntoma mismo y en la construcción del sueño. A partir de ella se aproxima a la comprensión de cómo la actividad fantaseada al oponerse a la percepción de la realidad inaugura el campo de lo subjetivo, el campo de lo “psíquico auténticamente real”<sup>5</sup>. Es también el encuentro con la fantasía lo que origina un importante cambio en la teoría etiológica de las neurosis a partir del cual Freud atiende cada vez más a las fantasías infantiles puesto que reconoce en la fantasía a la realidad psíquica misma. La fantasía es, pues, un término o contenido latente oculto detrás del síntoma que puede ser sacado a la luz. Por este camino Freud encuentra las fantasías originarias y originales.

Las fantasías originales son inconscientes, típicas, se pueden encontrar en todos los neuróticos y es posible que en todos los seres humanos. En ellas encontramos el fundamento de toda fantasía en tanto que por una parte aluden a

---

<sup>3</sup> Freud, *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*, 1908.

<sup>4</sup> Freud, *Los Orígenes del Psicoanálisis*, 1897.

<sup>5</sup> Freud, *La interpretación de los sueños*, 1900.

lo visto u oído y por otra a la historia parental del modo como la ha vivido el sujeto.

En este punto preciso se articulan postulados como los de “Tótem y tabú”, que aluden a la filogénesis y a la prehistoria, explicaciones que aparecen en momentos muy diferentes de la obra freudiana y que relacionan la fantasía con el mito en tanto que explicación de los orígenes<sup>6</sup>, respuesta teórica para lo que tanto el niño como la humanidad no posee certeza.

Así, las tres grandes fantasías originarias aluden al origen del individuo (primaria), al de la sexualidad (seducción) y al de la diferencia de los sexos (castración)<sup>7</sup>. Señalaré ahora algunos aspectos de la producción freudiana sobre la fantasía, tal como aparece en algunos de sus textos.

En los manuscritos M y L, las fantasías aparecen como parapetos psíquicos usados para bloquear el acceso a los recuerdos patógenos. En la búsqueda de las escenas patógenas aparecen algunas fantasías, generadas por una conjunción inconsciente entre vivencias, cosas oídas y vistas, estructuradas de manera semejante al sueño. Freud precisa en el manuscrito M que en el inconsciente no existe un signo de realidad, de manera que no se puede distinguir la realidad de la ficción investida con afecto.

---

<sup>6</sup> Freud, *Sobre las teorías sexuales infantiles*, 1908.

<sup>7</sup> Laplanche, J. y Pontalis, J-B. Op. Cit. pág. 62.

En su Carta 84<sup>8</sup> (10-03-1898) Freud dice: *Comienzo a intuir una fórmula: lo que ha sido visto en el período prehistórico daría el sueño, lo que ha sido oído resultaría en las fantasías; lo que ha sido sexualmente vivenciado llevaría a las psiconeurosis*. Lo cual puede darnos una idea de que la fantasía es un concepto muy importante en la construcción de la obra freudiana y aunque varíe con el tiempo, conserva algunos rasgos esenciales en todas las épocas. La producción más abundante respecto a la fantasía se encuentra entre los años de 1906 y 1909 donde se consigna gran parte de la teoría sobre el papel de la fantasía en los procesos anímicos.

Freud postula en *Más allá del principio del placer*<sup>9</sup> la existencia de la “compulsión a la repetición”, basándose en dos experiencias de tipo clínico, las neurosis traumáticas y la observación del juego del niño. Para explicar lo que ocurre con esta compulsión, Freud habla de un momento hipotético de génesis de la conciencia. Se representa el organismo vivo como “una vesícula indiferenciada de sustancia excitable”, cuya superficie, vuelta hacia el mundo exterior se ha especializado en recibir los estímulos por medio de mecanismos de protección y facilitación, la corteza recibe estímulos para elaborarlos de tal modo que ya no representen una amenaza potencial de destrucción. Pero también recibe estímulos del mundo interior, en especial de las pulsiones. Freud especifica, llegado ese momento, el carácter conservador, regresivo e histórico de la pulsión, su inercia,

---

<sup>8</sup> Freud, Manuscrito M.

<sup>9</sup> Freud, 1920.

su inexorable camino hacia la muerte y su relación con la auto-conservación del Yo y la sexualidad.

Freud había reconocido desde 1914 en *Introducción al narcisismo*<sup>10</sup>, el carácter objetal del Yo, su ubicación como el más encumbrado de los objetos sexuales. El descubrimiento de la “sexualización” del Yo hizo imposible la distinción entre pulsiones sexuales y yóicas y preparó el camino para la postulación de las pulsiones de vida y de muerte. El carácter conservador de las pulsiones al servicio del principio del placer instaura la repetición y el anhelo de volver al ser vivo elemental, de retornar a la satisfacción pasada original y por lo tanto posible, no perdida.

En este momento nodal de la obra freudiana, la fantasía se asocia al deseo en tanto que su origen lo encontramos en la “satisfacción alucinatoria del deseo”. El lactante revive como alucinación la experiencia de satisfacción original, cabe destacar aquí la condición de indisolubilidad en el lazo que unifica fantasía y deseo. El origen del autoerotismo sería, entonces, el momento en que la sexualidad se separa de todo objeto natural y se queda libre de ahí en adelante en la fantasía; pero la fantasía no es el objeto sino la escenificación del deseo que relaciona al sujeto con su objeto.

---

<sup>10</sup> Freud, Ediciones Nueva Hólade, Versión Electrónica.

## **E. Mecanismo de Identificación**

La identificación es un proceso por el cual un sujeto se transforma total o parcialmente en otro por asimilación de algún aspecto de éste último.

Según Freud la identificación no se da entre dos personas, sino entre dos instancias inconscientes. Se trata de una relación intra-psíquica, que acontece dentro del ámbito de lo inconsciente, en el seno mismo del aparato psíquico. La identificación es, por lo tanto, un proceso intra-psíquico y además, inconsciente. Esas instancias psíquicas, donde por identificación una de ellas se transformará en la otra, son concretamente representaciones inconscientes.

Ante un joven que tiene repentinamente un desmayo histérico, el psicoanalista podrá reconocer la manifestación de una identificación inconsciente entre el Yo del joven y la representación inconsciente de su padre muerto. Al desmayarse, inconscientemente quiere ser como ese padre o al menos transformarse en algún aspecto a su imagen y semejanza. Si bien el desmayo puede ser deliberado o consciente, el proceso de identificación es inconsciente en cuanto el joven no sabe conscientemente que está identificándose con su padre muerto<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Igual le pasó a Freud y Dostoyevski.

Freud en "*Psicología de las masas y análisis del yo*" describe las categorías que definen los diferentes tipos de identificación. Freud distinguió básicamente tres tipos de identificación: 1) la identificación como forma primitiva de enlace afectivo a un objeto, 2) la identificación como proceso que sustituye regresivamente a un enlace libidinal con un objeto, y 3) la identificación como proceso mutuo o recíproco entre dos personas en virtud de algún lazo en común, y entre las cuales no existe un enlace libidinal previo.

La *proyección simpática*, definida por Freud como la identificación por imitación es un mecanismo que lleva el sujeto a adoptar *una actitud determinada con respecto a otras vidas*. Este tipo de identificación ciñe la agresión contra la persona identificada a fin de protegerla y ayudarla<sup>12</sup>.

El mecanismo de identificación, es la actitud o la voluntad de colocarse en la misma situación del otro, empero, no es por simpatía que se asimila el síntoma del otro. La simpatía nace únicamente de la identificación o el Yo imitado, y la imitación se produce igualmente en casos en los que entre las dos personas existe menos simpatía. La identificación por medio del síntoma señala así el punto de contacto de los dos Yo, punto de encuentro que debía mantenerse reprimido<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Freud, *Psicología de las masas y análisis del Yo*, Nota 47, 1921.

<sup>13</sup> Freud, *Psicología de las masas y análisis del Yo*, VII La Identificación, 1921.

Citando a Freud:

*La identificación es conocida al psicoanálisis como la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona, y desempeña un importante papel en la prehistoria del complejo de Edipo. El niño manifiesta un especial interés por su padre; quisiera ser como él y reemplazarlo en todo. Podemos, pues, decir, que hace, de su padre, su ideal<sup>14</sup>.*

La construcción del Yo mediante mecanismo de identificación adviene del Yo identificado al Objeto (no hay tercero) la pulsión se dirige contra el Objeto (no hay deseo si no hay prohibición, si no hay mediación). La pulsión pura es pulsión de muerte. Si el Yo está identificado al Objeto la pulsión pura es pulsión de muerte, y va contra el Yo. (Es el mecanismo del Yo Ideal).

El desbaratamiento normal del complejo de Edipo surge de una identificación con la madre intensificada por la identificación con el padre, afirmando la identidad sexual en el carácter del niño. Análogamente la niña elabora el complejo de Edipo por una *intensificación de su identificación con la madre, que afirma el carácter femenino del sujeto*<sup>15</sup>.

Los impulsos hostiles contra los padres se tornan conscientes en la forma de ideas obsesivas y delirios persecutorios. El niño los reprime en el momento en que siente compasión por los padres debido a su muerte o enfermedad. La auto-acusación, llamada por Freud de melancolía, por muerte o

---

<sup>14</sup> Freud, Psicología de las masas y análisis del Yo, VII, La Identificación, 1921.



enfermedad de los padres es la típica manifestación del duelo, así como auto-agredirse sufriendo los mismos estados que ellos por medio de la identificación<sup>16</sup>. De acuerdo con Freud, en la melancolía ocurre una *reconstrucción en el Yo, del objeto perdido, esto es, la sustitución de una carga de objeto, por una identificación*<sup>17</sup>.

La formación de síntomas por identificación depende de las fantasías, es decir, de su represión en el ics., siendo análoga a la modificación del yo en la paranoia. Dado que el desencadenamiento de la angustia está ligado a estas fantasías reprimidas, debemos concluir que la transformación de la libido en angustia no tiene lugar por la defensa entre el yo y el ics., sino en el propio ics<sup>18</sup>.

Haciendo uno hincapié, se puede decir basándose en el estudio desarrollado hasta el momento en esta tesis sobre culpabilidad, que la *formación de síntomas por identificación* que aspira a conformar el propio Yo análogamente al otro tomado como modelo depende de lo inconsciente y de lo imaginario que es el síntoma. Se puede considerar el sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario como consecuencia afectiva inmediata de la identificación.

## F. El Sentimiento de Culpabilidad

---

<sup>15</sup> Freud, *El Yo y El Ello*, III, El Yo y El Super-Yo (Ideal Del Yo), 1923.

<sup>16</sup> Freud, *Los orígenes del psicoanálisis*, Manuscrito N, 1897.

<sup>17</sup> Freud, *El Yo y El Ello*. III, El Yo y El Super-Yo (Ideal Del Yo), 1923.

Aunque el tema de la culpa no sea del todo novedoso en psicología, algunos de los avances más considerables al respecto se han producido en las tres últimas décadas. Citar a Freud en ese contexto es casi una obligación, pues sus estudios sobre la culpabilidad vinieron a arrojar luz a las discusiones teóricas e investigaciones llevadas a cabo a partir de entonces.

En 1908, Freud declaró en la Sociedad Psicoanalítica de Viena que no se podía concluir tan rápidamente la investigación sobre los sentimientos de culpa, por presentar estos muchos factores. Empero, su origen sigue configurando como uno de los *puntos oscuros*<sup>19</sup> de la teoría psicoanalítica, porque Freud y los escritores subsecuentes proporcionaron muy pocos ejemplos clínicos para clarificar los componentes definitivos de este significativo hallazgo. La presente tesis se fundamenta en un caso clínico modelo que clarificará estos componentes.

En el psicoanálisis se analiza el sentimiento de culpabilidad bajo el punto de vista dinámico, económico, estructural, evolutivo y adaptativo. Estos diferentes enfoques constituyen la meta psicológica del psicoanálisis<sup>20</sup>.

Los estudios de Zabalegui Rodríguez sobre la culpa, remiten a algunos textos de Freud como: *“Dostoyevski y el parricidio”*; *“Tótem y tabú”*; *“El porvenir de una ilusión”*; *“El malestar en la cultura”*, para comprender mejor el origen de la culpa en el contexto freudiano. Los estudios de Freud y de Zabalegui Rodríguez

---

<sup>18</sup> Freud, *Los orígenes del psicoanálisis*, Manuscrito N, 1897.

<sup>19</sup> Grinberg, 1994.

coinciden en que la ambivalencia es uno de los desencadenantes del sentimiento de culpa, que aparece en el periodo edípico debido a la relación de amor y odio hacia la misma persona.<sup>21</sup>

La evolución del sentimiento de culpabilidad, según Freud, es la siguiente: primeramente Freud la asoció a los conflictos sexuales precoces (1889). En seguida va a darle importancia a la fantasía. En *"Introducción al narcisismo"* (1914), insiste en el papel de la culpa en el desarrollo constitucional del aparato psíquico. Actúa ésta como elemento represor, que es a la vez reprimido, dando origen a la conciencia inconsciente de culpabilidad, que encarna la crítica parental, y, por extensión, la de la sociedad, transformándose en una instancia crítica interna del sujeto, que interviene en los aspectos dinámicos y económicos del aparato psíquico, y por tanto, del desarrollo de la conciencia y del hecho consciente.

En la Nota de 1915<sup>22</sup> consta que la investigación psicoanalítica había conseguido explicar porqué el sentimiento de culpabilidad siempre se relacionaba con una actividad onanista durante la pubertad<sup>23</sup>. En la adición de 1920, Freud propone que esto se debía a que el onanismo representa el *poder ejecutivo* de toda la sexualidad infantil, resultando apropiado para asumir el sentimiento de

---

<sup>20</sup> Zabalegui Rodríguez, *¿Por qué me culpabilizo tanto?*, 1997.

<sup>21</sup> Zabalegui Rodríguez, *¿Por qué me culpabilizo tanto?* 1997, pág. 18.

<sup>22</sup> Freud, *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*, Nota 63, 1905.

<sup>23</sup> Bleuler, 1913.

culpabilidad a ella inherente. El 1924 asocia las fantasías subyacentes a la masturbación infantil. Más adelante afirma que el origen del sentimiento de culpabilidad está en la ambivalencia ocurrida durante la fase del Edipo. Aquí aún no estaba claro si era la represión de los instintos libidinosos o de los agresivos lo que provocaba el sentimiento de culpabilidad.

En 1929, en *“El malestar en la cultura”*, Freud ya vincula claramente la culpa a la existencia del instinto de muerte o destrucción. Limita el origen del sentimiento de culpabilidad a la represión de los impulsos agresivos y finalmente, sostiene que no es el amor lo que nos hace sentir culpables y sí la agresión y el odio. Insiste en que el deseo se muestra equivalente al acto a la hora de engendrar la culpa, por lo que la renuncia al acto no tiene efecto absolutorio para el sujeto, y la angustia ante el temor de pérdida del objeto amado, cristaliza en la estructura edípica, constituyéndose una conciencia autónoma e introyectada, a la vez origen y limitación de la conciencia.

Por lo tanto, Freud habla de dos tipos de culpa: una primaria, reactiva a la Pulsión de Muerte y otra, secundaria, al dolor o a la frustración. Sería el equivalente a una culpa imaginaria e inconsciente, y otra culpa simbólica, libidinal, producto de la represión y más accesible a la Conciencia. Es secundaria a la violación de la Ley. La culpa primaria es más inaccesible porque además de inconsciente no ha recibido siquiera un contenido, una simbolización que pueden ser reprimidas. Lo reprimido al menos aparece transformado.

Freud<sup>24</sup> califica de sentimiento de culpabilidad, cuya traducción al alemán es *Schuldgefühl*, a la expresión de un estado de tensión creado entre el severo Superyo y el Yo subordinado al mismo, ya que la coincidencia del Yo con el Ideal del Yo, que se supone producto del Edipo, y por lo tanto simbólico, produce siempre una sensación de triunfo.

Analizando el sentimiento de culpabilidad en la obra de Freud, Eva Nick resalta que Freud, tras su reluctante postura en aceptar la idea de que el instinto agresivo sería independiente de la libido, concluyó que la civilización consigue inhibir la agresividad cuando la introyecta, la internaliza y la envía de vuelta al propio Yo. Esa agresividad es asimilada por el Superyo y utilizada contra el Yo. Tanto para Freud como para Melanie Klein la severidad del Superyo representa la propia agresividad del niño para con el objeto<sup>25</sup>.

Se puede decir que la culpabilidad es un medio que el individuo encuentra para inhibir la agresividad. Esta inhibición de los impulsos agresivos puede estresar el cuerpo y somatizar la culpa como forma de punirse a sí mismo. La presión interna es tan grande e insoportable que puede deteriorar el cuerpo, de la misma manera que deteriora el alma. La culpa puede llevar al individuo a modificar el Yo desencadenando una enfermedad psicosomática además de

---

<sup>24</sup> Freud, *Psicología de las Masas y Análisis del Yo* (Nota 61), 1920.

<sup>25</sup> Eva Nick, Pág. 107.

depresión. Decimos “puede” porque la inhibición produce culpa y abandono del objeto en el Edipo, y en ese caso no produce enfermedad somática (si la represión funciona).

**a) La Culpa Simbólica – una culpa beneficiosa:**

No se puede apresuradamente concluir que todo sentimiento de culpa es pernicioso. Según Zabalegui Rodríguez<sup>26</sup>, también puede ser sano cuando sirve para ayudar al individuo a asumir las responsabilidades derivadas de su conducta; como reparación, como función reguladora; como ayuda para “traducir” verbalmente, con gestos o acciones, el peso de su sentimiento. Una vez que cumplen su función reguladora, estos sentimientos son sanos, útiles, normales e incluso necesarios.

Freud habla de una culpa que no presenta ningún problema en el análisis por ser consciente y no mostrar resistencias, es positiva y es nuestra aliada incluso, es adaptativa, constructiva, es un mecanismo de alarma, es buena.

La culpa Superyóica en el sentido freudiano sería una culpa "buena" porque es producto de la internalización de la ley, una ley simbólica, que se aplica al deseo del Yo, que es un deseo narcisista. La culpa que parte del Ideal del Yo, es

---

<sup>26</sup> Zabalegui Rodríguez, 1989.

culpa heredera del paso por el Edipo producto de la asunción de la ley, de la prohibición. Es una culpa mucho más accesible a la Conciencia porque está ligada a representaciones simbólicas. La culpa edípica que en otros términos se puede referir como culpa simbólica, es la culpa cuando no se acata la ley, o no se está dispuesto a pagar el precio.

En las investigaciones de Tangney<sup>27</sup>, la culpa es conceptualizada como un sentimiento asociado a conductas específicas que envuelven con frecuencia sensaciones de pérdida y percepción de hacer algo malo. Él habla de una sola culpa, la culpa edípica. Dentro de esta línea de pensamiento, igualmente pueden ser identificados como sus atributos los siguientes:

- a) El sentimiento de no haber hecho lo suficiente por los demás, no haber producido lo suficiente<sup>28</sup>;
- b) El sentimiento de reparación, sentimiento de baja autoestima, el sentimiento de responsabilidad por haber violado “normas de comportamiento”<sup>29</sup>; y
- c) La sensación de pérdida de la valorización de sí mismo ocasionando un “colapso narcisista”, que en última instancia va a definir perfectamente la autculpa<sup>30</sup>.

Para Freud la conciencia es una de las funciones del Superyo y está destinada a vigilar los actos y las intenciones del Yo, juzgándolos y ejerciendo una

---

<sup>27</sup> Tangney, 1992 y 1993.

<sup>28</sup> Tellenbach, 1976.

actividad censora. Este rigor de la conciencia equivale al sentimiento de culpabilidad. El sentimiento de culpabilidad es la percepción del Yo sobre esta vigilancia que se le impone, resultando en una tensión entre sus propias tendencias y las exigencias del Superyo.

Referente a la culpa Superyóica, Freud complementa:

*Por otra parte, ya sabemos cómo ha de comprenderse la severidad del super-yo; es decir, el rigor de la conciencia moral. Ésta continúa simplemente la severidad de la autoridad exterior, revelándola y sustituyéndola en parte. Advertimos ahora la relación que existe entre la renuncia a los instintos y el sentimiento de culpabilidad. Originalmente, la renuncia instintual es una consecuencia del temor a la autoridad exterior; se renuncia a satisfacciones para no perder el amor de ésta. Una vez cumplida esa renuncia, se han saldado las cuentas con dicha autoridad y ya no tendría que subsistir ningún sentimiento de culpabilidad. Pero no sucede lo mismo con el miedo al super-yo. Aquí no basta la renuncia a la satisfacción de los instintos, pues el deseo correspondiente persiste y no puede ser ocultado ante el super-yo. En consecuencia, no dejará de surgir el sentimiento de culpabilidad, pese a la renuncia cumplida, circunstancia ésta que representa una gran desventaja económica de la instauración del super-yo o, en otros términos, de la génesis de la conciencia moral. La renuncia instintual ya no tiene pleno efecto absolvente; la virtuosa abstinencia ya no es recompensada con la seguridad de conservar el amor, y el individuo ha trocado una catástrofe exterior amenazante - pérdida de amor y castigo por la autoridad exterior - por una desgracia interior permanente: la tensión del sentimiento de culpabilidad<sup>31</sup>.*

El miedo al Superyo exige además de renuncia también punición, porque para el Superyo, intención o deseo tiene el mismo significado y repercusión que un acto. También porque para el Superyo, renunciar no libera al

---

<sup>29</sup> Tangney, 1993.

<sup>30</sup> Grinberg, 1994.

<sup>31</sup> Freud, “*El Malestar en la Cultura*”, 1930.



individuo de los deseos inadmisibles. Por tanto la renuncia a la satisfacción de las pulsiones no es suficiente, pues el deseo persiste y no puede ser ocultado al Superyo. Forcejando a renunciar a la satisfacción de su agresividad vengativa, el individuo incorpora la autoridad por medio de la identificación<sup>32</sup>. En realidad debe renunciar a la Pulsión de Muerte (primaria), no al deseo libidinal (secundario – se reprime).

Freud explica que cada nueva renuncia aumenta la severidad y la intolerancia de la conciencia por el hecho de que el niño, obligado a renunciar a la satisfacción de su agresividad vengativa, incorpora, mediante el mecanismo de identificación, la autoridad inatacable: Esta se transforma en su Superyo, apoderándose de toda la agresividad que al niño le gustaría ejercer contra él<sup>33</sup>. Concerniente a la clínica del Superyo, se suele invocar el sentimiento de culpa como su manifestación más banal y más frecuente. Freud lo define como “*una instancia psíquica inferida por nosotros*”. El Yo, bajo la influencia del sentimiento de culpa, se somete a los mandatos del Superyo por temor a perder atención<sup>34</sup>, cariño y protección.

Freud sustentaba que el término culpa sólo podría ser aplicado a manifestaciones de conciencia resultantes de la actuación y del desenvolvimiento del Superyo. En nuestra opinión, el sentimiento de culpabilidad es anterior al

---

<sup>32</sup> Eva Nick, pág. 107.

<sup>33</sup> Eva Nick, pág. 107.

surgimiento del Superyo y surge en los estadios precoces del desarrollo. *Para Freud, el Superyo surge como secuela del complejo de Edipo, así siendo, descarta cualquier posibilidad de que el sentimiento de culpabilidad tenga su origen en el periodo inicial del desenvolvimiento de un niño*<sup>35</sup>. Lo que sí introduce Melanie con su Superyo Temprano. Sin embargo, Peter Gay<sup>36</sup> recuerda que para Freud el sentimiento normal y consciente de culpa no presenta dificultades a la interpretación. Este sentimiento es la expresión de una condenación del Yo por su juicio crítico. En los neuróticos obsesivos y melancólicos, los sentimientos de culpa resultantes se asoman a la conciencia, pero para muchos de ellos sólo pueden ser inferidos. Por esta razón, el psicoanalista reconoce una fuente relativamente inaccesible de un torturante malestar moral, lo cual justamente por ser inconsciente, apenas deja trazos fragmentarios y casi ilegibles.

Sin apartarse de la tesis freudiana ortodoxa, Stanley habla de una culpa que acompaña la agresión reactiva (a la frustración o el dolor). Trata de una culpa no imaginaria. Stanley<sup>37</sup> postula que *la transformación del niño en adulto envuelve posibles agresiones de fuentes externas e internas*. En la primera infancia las agresiones pueden ser traducidas por el niño a través de la ausencia de la madre o del padre, la privación del alimento, ruidos extraños, *oscuridad*. No nos podemos olvidar de que el individuo es un ser complejo y constituido por una tríada de

---

<sup>34</sup> Se trata de la atención de los padres del sujeto. Si los agredes, la pierdes.

<sup>35</sup> Eva Nick, 1983.

<sup>36</sup> Peter Gay, 1989.

<sup>37</sup> Stanley Keleman, *Anatomía Emocional*, 1992, pág. 76.

cuerpo, mente y emociones. Por eso que no es solamente la falta de alimento o la enfermedad lo que instiga la agresividad, sino también la privación de afecto.

### **b) La Culpa Imaginaria – una culpa enfermiza:**

La fundamentación de Zabalegui respecto a la culpa como factor beneficioso, es apoyada por Etxebarria<sup>38</sup>, que propone que el sentimiento de culpa sólo no es sano cuando es difuso, pasivo, inoperante e inhibidor; o cuando sirve única y exclusivamente como auto-depreciación; una auto-punición exagerada que se puede convertir en auto-agresión y autodestrucción.

El mismo Freud, en *“Más allá del Principio del Placer”*, habla de una culpa primaria que procede del Superyo pero que está directamente conectada con la Pulsión de Muerte. Esta es la culpa que trataremos en esta tesis, la culpa verdaderamente problemática por afectar directamente a la representación del Yo (no eres culpable de haber hecho o no algo, sino de ser o no ser algo) y difícilmente accesible a la conciencia.

Si existe una culpa verdaderamente primaria ha de ser anterior al Superyo, cuya conciencia de culpabilidad es secundaria a la violación de la ley; una culpa vinculada al primer narcisismo<sup>39</sup> al narcisismo primario y en todo caso al Yo.

---

<sup>38</sup> Etxebarria, 1992.

<sup>39</sup> Freud considera el narcisismo como *el estado general y primitivo del que, ulteriormente, y sin que ello implique su desaparición, surge el amor a objetos exteriores.*, como la primera fase de la ubicación de la

Hay una culpa que es el mayor enemigo del paciente, imaginaria e inconsciente, que está conectada con una destructividad sin límite dirigida al Yo. Esta es “mala”, porque enferma al sujeto o puede terminar destruyéndole. Relativo al Yo, se puede decir que dos hechos demuestran que también en el Yo existe un conjunto de representaciones imaginarias inconscientes, que son el origen de la resistencia en el análisis y quizá de la sentimiento de culpabilidad inconsciente<sup>40</sup>. Este sería el núcleo de la teoría de la culpa primaria o Imaginaria que corresponde al narcisismo primario.

La culpa imaginaria es la culpa del Yo Primitivo, o del Superyo temprano del que habla Melanie Klein, que es a lo que Lacan llamará Yo Imaginario, o bien Yo Ideal cuando el Superyo no se ha constituido en el paso por la prohibición edípica, por el Edipo, lo que daría lugar al Ideal del Yo. La culpa imaginaria es consecuencia de que la pulsión se dirige contra el Yo, como objeto imaginario, objeto narcisista, destructivamente, si no existe una ley que limite la exigencia de perfección absoluta sobre el objeto.

---

libido caracterizada por la actividad sexual auto-erótica, esto es, aquella que persigue *una satisfacción cuya fuente es el cuerpo mismo del sujeto*. A esta capacidad de auto-erotismo atribuye Freud *el retraso con que la sexualidad se adapta al principio de realidad inculcado por la educación*. (“Lecciones Introductorias al Psicoanálisis”, OC, II, 2381).

<sup>40</sup> Freud, *Observaciones Sobre el Inconsciente*, 1922.

La culpa Imaginaria (primaria) deriva de la pulsión que no ha podido ser transformada en libido<sup>41</sup>, en deseo libidinal, con una representación (de objeto), y que por tanto, escapa a la represión. Se trataría, por tanto, para aliviar la culpa primaria, o imaginaria, de ligar esa pulsión a un relato.

Freud desarrolló sucesivamente dos teorías de las pulsiones. La primera teoría se divide en pulsiones de auto-conservación (yóicas) y de conservación de la especie (sexuales), y la segunda teoría las dividirá en pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

Desde el punto de vista económico, los procesos psíquicos se regulan automáticamente por el principio del placer, que busca la descarga de la tensión displacentera. Tal principio deriva del principio de constancia, donde el psiquismo busca conservar lo más bajo posible el nivel de tensión. Sin embargo, esto no siempre se cumple: muchos procesos psíquicos culminan como displacer y no como placer. El principal responsable de esta inhibición no es el principio de realidad, principio éste que admite momentáneamente el displacer. Otro responsable de la inhibición es la represión. En efecto, reprimimos el instinto sexual y éste busca una vía sustitutiva de descarga sentida por el Yo como

---

<sup>41</sup> En “*Psicología de las masas y análisis del yo*” (O.C., III, 2576-77) define Freud la libido como *la energía – considerada como magnitud cuantitativa, aunque por ahora no mensurable – de los instintos relacionados con todo aquello susceptible de ser comprendido bajo el concepto de amor: el amor sexual, el amor a sí mismo, el amor paterno y el filial, la amistad o el amor a la Humanidad, a objetos concretos o a ideas abstractas. El psicoanálisis muestra, según Freud, que los movimientos instintivos que impulsan a los sexos a la unión sexual (...) son desviados de este fin sexual o detenidos en la consecución del mismo, aunque conservando de su esencia lo bastante para mantener reconocible su identidad (abnegación, tendencia a la aproximación).*

displacer. Pero tampoco aquí la represión es importante como inhibidor del principio del placer porque no niega su vigencia: aunque entorpecido por la represión, tal principio sigue actuando.

Una forma antigua de represión aparece muy temprano en la vida de los bebés ampliándose e incluyendo en su operación de censura no solamente la pulsión por la cual se debe negar expresión sino también sus derivados. "La represión exige un dispendio continuo de energía". El material reprimido fue guardado en el sótano inaccesible del inconsciente donde continua presionando para obtener satisfacción. Lo reprimido acaba retornando de manera substitutiva o como un síntoma neurótico<sup>42</sup>.

Freud habla del caso del niño al que le dan un carrito atado a una cuerda para que juegue: el niño tira el carrito fuera de la cuna diciendo 'fuera', y luego tira de la cuerda trayéndolo de nuevo hacia sí y diciendo 'aquí'. Freud lo interpreta como una renuncia simbólica al instinto y a su satisfacción, ya que permite sin resistencia alguna que la madre-carrito se vaya. Sin embargo ante esto Freud queda intrigado: *¿cómo puede ser - se pregunta - que el niño repita en este juego tal experiencia penosa y manifieste júbilo?* La explicación de que está contento porque recuperará posteriormente el carrito no es satisfactoria, porque el niño repite muchas veces solamente la primera parte del juego con júbilo, o sea la parte donde

---

<sup>42</sup> Peter Gay, 1987, pág. 337.

arroja el carretel afuera. La explicación por el placer de la venganza hacia la madre como diciéndole 'no te necesito' al tiempo que arroja el carretel afuera explica que el júbilo provendría aquí de hacer sufrir a la madre activamente lo que él antes experimentó pasivamente.

Este caso y la pesadilla en el enfermo de neurosis traumática, llevan a Freud a pensar que existe una compulsión a la repetición, una tendencia a repetir como un suceso actual experiencias anteriormente vividas, a través de la transferencia. Esta repetición no resulta placentera, tampoco a las personas que se dicen predestinadas al fracaso. Freud considera que la obsesión de repetición va *"más allá del principio del placer"*, ya que en ambos casos se repiten situaciones penosas, siendo imposible discernir en ellas elemento placentero alguno. Esta obsesión de repetición parece ser más primitiva, más elemental, más arcaica y más instintiva que el principio del placer al cual sustituye.

Para las excitaciones provenientes del exterior hay barreras defensivas, pero para las excitaciones provenientes del interior no hay barreras: éstas se propagan directamente sin sufrir disminución y son captadas como sensaciones de placer o displacer. Estas son más importantes que las excitaciones del exterior y el organismo reacciona a ellas especialmente cuando el displacer es grande: este displacer es tratado como si viniera desde fuera (proyección), ya que aquí se pueden instrumentar defensas contra ese displacer. Todo esto explica la

acción del principio del placer, pero no explica los hechos antes descritos donde este principio parecía no regir.

Es un buen momento para que indagemos ¿qué se hace con la energía que ha traspasado la barrera de protección - de defensa, de representaciones del Yo -, esto es, la energía traumática excesiva? Freud habla de varias formas de minimizarla. La energía sólo puede ser desligada o transformada en libido, en significado ligado a sentimientos, pero nunca reprimido si antes no es ligada a representaciones que pueden serlo. La represión es un mecanismo secundario, del Yo, es una operación simbólica, que se realiza sobre representaciones (de ahí que sea secundaria). Es algo así como una negación: Ej.:No (yo odio a mi padre) o (yo odio) no (a mi padre), etc.

Cuando se produce la conmoción mecánica (choque con grandes cantidades de energía), el mecanismo sería:

1. Dolor, herida, todo lo que sean sentimientos y pérdida de sangre, de temperatura, etc., son gastos. Una parte del exceso se “gasta” en el dolor físico, y en la curación de la herida.
2. Otra parte de la energía es ligada a la pulsión de vida, la libido, y el sujeto puede “recordar”, “reconstruir”, “relatar” el momento del shock. Las operaciones simbólicas (invertir, negar, desplazar) también consumen energía, sobre todo la consciencia. La terapia tiende a superar la “amnesia” para que se pueda hablar de ello.



3. Siempre queda un resto, un plus de energía que no es ligada. Es lo que “impresiona” el Sistema Nervioso y escapa al Principio de Constancia o Principio del Placer. Como si el sujeto necesitara “volver” a vivir la experiencia dolorosa. Es la Pulsión de Muerte.

Cabe preguntarse ahora qué relación hay entre los instintos y la compulsión a la repetición. Esta última se explicaría cuando se entienden los instintos como una tendencia propia de lo orgánico vivo hacia la reconstrucción de un estado anterior, inanimado, estado que lo animado tuvo que abandonar bajo el influjo de fuerzas exteriores perturbadoras. Esto contradice nuestra idea de que el instinto tiende hacia la vida, hacia la evolución, y no hacia lo inanimado. No obstante deberemos aceptarlos y los llamaremos instintos de muerte.

A partir de estas reflexiones, se considera como más importante la división de las pulsiones en vida y muerte, y dejar en segundo plano la división en instintos del Yo y sexuales. De hecho, en los instintos sexuales no hay sólo un componente de vida sino también uno de muerte (por ejemplo la conducta sádica en el acto sexual). Desde aquí, el masoquismo pasa a ser la vuelta o el retorno del sadismo hacia el Yo, la vuelta del instinto en contra del Yo, lo cual implica volver a una fase anterior del mismo, una regresión. Este carácter regresivo de los instintos se ve también en la obsesión a la repetición.

El sentimiento de culpabilidad domina toda la vida instintiva por impedir la satisfacción de la pulsión y por contribuir al incremento del masoquismo<sup>43</sup>. La pulsión de Muerte es destructiva, es traumática, si es excesiva.

Si realmente es característica de los instintos querer reconstruir un estado anterior, no debemos sorprendernos de que haya tantos procesos que ocurren independientemente del principio del placer, que está más allá de este principio. Resulta curioso pensar que el principio del placer esté al servicio del instinto de muerte, ya que el principio del placer busca reducir la tensión, es decir, retornar a lo inanimado inorgánico. Freud “justifica” un Instinto de Muerte que parte de la Teoría de los Instintos. Pero lo transforma en la Teoría de las Pulsiones.

Considerando lo que se viene discutiendo, la presente tesis tiene como objetivo principal conocer la influencia que ejerce la culpa en el origen y agravamiento de las enfermedades mentales y físicas y lograr romper la presumible diada existente entre culpa y enfermedad. Una de las enfermedades que tratamos en esta tesis y que está relacionada directamente con el sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad es la depresión. La culpa en la depresión surge tardíamente con el desarrollo de la personalidad, en una vivencia de responsabilidad, pena, pérdida y deseo de reparación<sup>44</sup>. Ello puede coincidir con el período de la vida en que ocurre la cesación de la función reproductora, en

---

<sup>43</sup> Eva Nick, pág. 110.

<sup>44</sup> Grinberg, 1994.

la mujer, y de la actividad testicular del hombre, denominado menopausia y andropausia respectivamente<sup>45</sup>. Freud<sup>46</sup> trata el tema de las fuerzas de la conciencia que hacen enfermar a ciertos individuos a causa del éxito y a consecuencia de la privación de la satisfacción de sus deseos libidinosos. como consecuencia a la realización de los deseos, es despertado en la conciencia un sentimiento de culpabilidad, emanado de la *rebelión del Yo moral* contra el delito, que hace que el individuo renuncie a la felicidad y consecuentemente fracase ante el éxito.

En el caso Dora, el catarro era una exteriorización inconsciente de toda una sucesión de ideas sobre la culpabilidad del padre en la razón de su enfermedad. La tos que indudablemente tuvo su origen en un catarro real insignificante, constituía una representación del padre enfermo del pecho, que servía de testimonio a la piedad filial de Dora.<sup>47</sup> Discurre Freud que el sentimiento de culpabilidad puede existir antes incluso de la comisión del delito o supuesto delito, como es el caso de muchos criminales, siendo considerado el motivo y no la consecuencia del mismo. El sentimiento de culpabilidad es la percepción correspondiente a la crítica al Yo y depende de éste para permanecer inconsciente. Es inconsciente por estar relacionado con el Complejo de Edipo hallado en la génesis moral<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> Muntané, 1994; Alexander, 1989.

<sup>46</sup> Freud, *Los que fracasan al triunfar*, II, 1916.

<sup>47</sup> Freud, II B) *El Primer Sueño* (Caso Dora).

<sup>48</sup> Freud, *Las Servidumbres del Yo*, V, 1923.

Tal como señaló Freud, el parricidio es la fuente principal del sentimiento de culpabilidad, aunque no sabía si la única, puesto que sus investigaciones no han podido determinar con seguridad el origen psíquico de la culpa y de la necesidad de repararla. El que tal deseo permanezca conservado en el inconsciente, constituye la base del sentimiento de culpabilidad.<sup>49</sup> De acuerdo con Freud la labor psicoanalítica indica que el sentimiento de culpabilidad procede del complejo de Edipo, siendo una reacción a las dos grandes intenciones criminales: matar al padre y gozar a la madre. *"En los niños podemos observar directamente que <<son malos>> para provocar el castigo, y una vez obtenido éste, se muestran tranquilos y contentos"*<sup>50</sup>.

El sentimiento de culpabilidad puede llevar al individuo a actos de delincuencia<sup>51</sup>, puesto que las acciones prohibidas practicadas por delincuentes les proporciona un alivio mental, seguramente por deberse a hechos en que el objeto que incitó la culpabilidad en el individuo, una vez eliminado, exterminado, libera el sujeto de lo que le recuerda a su delito, a su culpabilidad. Eva Nick comenta que el delincuente, sufriendo de un opresivo sentimiento de culpabilidad, cuyo origen desconoce, consigue atenuar la opresión citada, ya que después de cometido el delito, la persona por lo menos consigue vincular su sentimiento de culpabilidad a algo<sup>52</sup> Por más paradójal que eso pueda parecer, enfatiza Freud, *debo sustentar que el sentimiento de culpabilidad se encontraba presente antes mismo de la acción mala, no*

---

<sup>49</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, 1927.

<sup>50</sup> Freud, *Los Delincuentes por Sentimientos de Culpabilidad*, III, 1916.

<sup>51</sup> Freud, *Criminales por sentimiento de culpabilidad*.

habiendo surgido a partir de ella, más, inversamente, la iniquidad emanaba del sentimiento de culpabilidad<sup>53</sup>. En este punto preciso se articulan postulados como los de *“Tótem y Tabú”*, que aluden a la filogénesis y a la prehistoria, explicaciones que aparecen en momentos muy diferentes de la obra freudiana y que relacionan el sentimiento de culpabilidad con el contenido ambivalente del complejo paterno en los niños y en los neuróticos.

La conciencia de culpabilidad en los neuróticos se fundamenta en realidades puramente anímicas y no en realidades pragmáticas<sup>54</sup>. La conciencia de culpabilidad proviene de impulsos y sentimientos orientados hacia el mal, jamás de acciones. Dicho sentimiento anímico tiene un origen real que es el deseo inconsciente de muerte dirigido hacia el otro. Al convertir en consciente este sentimiento inconsciente, el neurótico teme ser fatalmente impelido a cumplirlo. La principal característica de los neuróticos es justamente tener la realidad psíquica como substitutiva de la realidad material, porque como dijo Freud<sup>55</sup>, reaccionan a las ideas como los hombres normales reaccionan tan sólo a las realidades.

El sentimiento de culpa es representado como el más importante problema en el desenvolvimiento de la civilización: *“El precio que pagamos por*

---

<sup>52</sup> Eva Nick, pág. 109.

<sup>53</sup> Freud, cit. Eva Nick, pág.109.

<sup>54</sup> Freud, *Tótem y Tabú*, IV, 7, 1912.

<sup>55</sup> Freud, *Tótem y Tabú*, 1912.

*nuestro avance en cuanto a la civilización es una pérdida de la felicidad por la intensificación del sentimiento de culpabilidad”<sup>56</sup>.*

Considerándose este punto de vista: el niño puede sentirse culpable por no cumplir el deseo de la madre, el deseo de que él sea el falo, el objeto faltante que colme a la madre. Así el niño se siente culpable de la infelicidad y castración maternas. La madre, al mismo tiempo, puede promover la dependencia de sus niños fomentando en ellos la culpa inconsciente basada en la identificación imaginaria con ella.

Freud reconoce dos orígenes del sentimiento de culpabilidad: uno es el miedo a la autoridad, que obliga a renunciar a la satisfacción de los instintos y el otro, es el temor al Superyo, que impulsa al castigo, ya que es difícil ocultar del Superyo los deseos prohibidos<sup>57</sup>.

La culpa imaginaria es frecuente en la infancia cuando el Yo todavía no tiene clara la diferencia entre fantasía y realidad. El niño capta el mundo exterior según su propia experiencia de vida, que es insuficiente para obtener un *juicio* adecuado. Se siente culpable por haber cometido algo que considera *malo*. También podrá considerarse culpable aunque no haya hecho nada malo, sólo con

---

<sup>56</sup> Freud, 1929.

<sup>57</sup> Freud, “*El Malestar en la Cultura*”, 1930.

reconocer su intención de hacerlo. En ambos casos reconoce la maldad como algo condenable, como algo a excluir de la realización.

Si el sentimiento de culpabilidad es la expresión de esa tensión entre el Yo y el Superyo, entonces cuál es su origen? Decir que una persona se siente culpable cuando hizo algo que sabe que es "malo" no es una respuesta adecuada a esta cuestión, ya que ella puede encararse como culpada cuando apenas identificó en sí misma una intención de hacer una cosa mala<sup>58</sup>.

La lectura de Peter Gay de Freud revela que cualesquiera que sean sus orígenes, el sentimiento de culpa, principalmente en su variedad inconsciente, es una forma de angustia. Freud defiende la idea de que no toda la experiencia aparece del mundo exterior. La constitución innata, inclusive la herencia filogenética de una persona, desempeña su papel durante las sublevaciones del complejo de Edipo, para la formación del guardián interior que, a partir de ahí, acompañará al individuo y con él su cultura<sup>59</sup>. El remordimiento se presenta como una naciente conciencia de culpa. Oprimidos por la culpa los hijos instauraron los "tabúes fundamentales del totemismo que deberían corresponder exactamente a los dos deseos reprimidos del complejo de Edipo" - la muerte del padre y la conquista de la madre. Tornándose culpables y reconociendo su culpabilidad, ellos crearon la civilización. Toda la sociedad humana está construida sobre la complicidad en un gran crimen. Los seres humanos pueden heredar la carga de

---

<sup>58</sup> Nick, Eva. *Culpa ou Preocupação?* 1983. pág.106.

<sup>59</sup> Peter Gay, 1987, pág. 499.

conciencia de sus ancestros biológicos. La capacidad de la mente transmitió "a través de muchos millares de años" el sentimiento de culpa que oprimió inicialmente el bando asesino pre-histórico<sup>60</sup>.

Freud busca saber lo que lleva a la intención a ser considerada por el sujeto como equivalente a la acción. Al definir que malo es todo lo que, con la pérdida del amor, nos hace sentir amenazados, deja claro que es indiferente que sea deliberado o involuntario.

El individuo se somete a una influencia rara que le lleva a decidir lo que es bueno o malo. Cuando se pierde el amor de quien otrora dependíamos nos sentimos desprotegidos y expuestos a una posible punición. Freud busca el motivo en el desamparo y en la dependencia del sujeto en cuanto a otras personas. En esta etapa, el sentimiento de culpa es apenas una ansiedad social, un miedo a la pérdida del amor. Evitar lo malo vinculase, entonces, al miedo de ser descubierto por la autoridad externa<sup>61</sup>. Cuando la autoridad es internalizada a través del Superyo, se instaura en éste lo que se puede llamar conciencia o sentimiento de culpabilidad. Con esto el miedo de ser descubierto se extingue. La diferencia entre la intención y el acto de hacer el mal es extinguida, ya que para el Superyo ambos tienen el mismo significado y valor. El Yo es infundido por el sentimiento de ansiedad difundido por el Superyo.

---

<sup>60</sup> Peter Gay, 1987, pág. 307 y Freud, *Tótem y Tabú*.

<sup>61</sup> Nick, Eva. *Culpa ou Preocupação?*. 1983, pág. 106.



Entonces, el origen del sentimiento de culpa no está sólo relacionado a “haber hecho algo malo”. El individuo también puede considerarse culpado apenas identificándose con una intención de hacer algo malo<sup>62</sup>.

Eso me hace recordar al análisis de la Señora H. que a los ocho meses, época en que estaba pasando por el proceso de individuación, aprendiendo a caminar, sus padres le dejaron a los cuidados de la abuela por algunos días, debido a que, en la zona donde las vacaciones habían sido planeadas, había surgido un imprevisto foco de sarampión. Creyeron más prudente y precavido no llevarla con ellos. Su padre se quedó en el coche mientras la madre le entregaba en brazos a la abuela. En su discurso con la abuela repetía varias veces: “ella es muy pequeña para venirse con nosotros”, “ella es muy pequeña para hacer un viaje tan largo”, “la pequeña puede ponerse enferma”. Se estableció una culpa inconsciente e imaginaria como producto de creencias irracionales: “por ser pequeña no me llevan con ellos”, “si yo fuera grande ellos me tendrían cerca”, “no soy querida por mis padres porque soy pequeña”. El hecho de ser pequeña representó para la niña estar desprovista de algo que conquistase el amor de sus padres: “soy pequeña, por eso no me quieren y no puedo hacer nada para cambiar eso, puesto que estoy atada a un cuerpo pequeño que me impide ser querida”. “Si soy pequeña no soy amada, y por eso soy culpable por ser lo que a mis padres no les gusta. Me falta algo -ser grande- para ser amada”.

---

<sup>62</sup> Eva Nick, pág.106.

En el momento en que la madre la deja con la abuela, la niña, como forma de compensación por la “pérdida” de la madre, se dedica a aprender a caminar, paseando por todas las dependencias de la casa de la abuela, principalmente en la habitación, donde pasaba de una cama a otra, sintiendo un profundo sentimiento de libertad e independencia. Quizás aquí podríamos incluso decir que se sentía “grande”. Amplía la posibilidad de buscar a la madre o distanciarse aun más de la madre “mala” que la dejó. Una forma de enfrentar la ansiedad. Además de ponerse a caminar, se entregó a los encantos de los juguetes y a crear situaciones de acercamiento familiar. Con bichitos y muñequitos, formaba ‘familias’ y acercaba el hijo-a la madre. Como no tenía otra salida a no ser acercarse a la abuela y mantener un vínculo satisfactorio que llenase el vacío o suprimiese la ‘pérdida’, la niña que de inicio extrañaba a la abuela, formó un vínculo sustitutivo de la relación madre-hija. Cuando tuvo lugar el retorno de la madre, la niña, que ya había elegido un nuevo objeto de amor, rechazó a la madre mostrando deseo de quedarse con la abuela, según predice la teoría de Spitz<sup>63</sup>.

El sentimiento de culpa también es resultante de la auto-evaluación que el propio Yo hace de sí mismo. Cuando uno se siente culpable por algo, sea real, imaginario o simbólico, empieza a sentirse molesto consigo mismo por tener en su Yo algo *malo*, algo de lo cual se avergüenza y le hace sentir menos valorado<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Respecto a la teoría de Spitz, véase en el Apartado *Las Depresiones*, de esta Tesis Doctoral.

<sup>64</sup> Grinberg, 1994; Freud, *El Malestar en la Cultura*, 1929.

Semejante suceso le ocurrió también a Freud, fantásticamente reproducido e interpretado por Vincent Price en la película titulada "Freud". La película retrata posibles reacciones de un estudioso de la salud mental, que se sorprende con sus propios ingenios e investigaciones, mostrando a Freud en varias situaciones donde al depararse por primera vez con reacciones íntimas y personales tanto del paciente cuanto de su propio funcionamiento yóico se ve sorprendido y "asustado" con lo que encuentra. Me refiero al caso del hijo del coronel que ilustra a la perfección el complejo de Edipo. Freud abandona el caso de este paciente y sólo más tarde - al darse cuenta de que debería haber seguido con el caso - vuelve a por él y éste ya no vive, pues había muerto internado en un hospicio. A partir de ese momento Freud empieza a ocuparse en desvelar el funcionamiento de su personalidad y a elaborar la teoría de la neurosis.

Un fenómeno que Freud observó en sí mismo durante los días de pesar por la muerte de su padre, fue el sentimiento de culpabilidad por haber despertado todo el pasado en su interior. A este fenómeno Peter Gay lo denomina de culpa del superviviente que es un sentimiento de auto-recriminación normal entre los supervivientes. Freud había superado a su propio padre y eso de alguna manera estaba prohibido<sup>65</sup>. En el análisis de su experiencia Freud la relacionó con el sentimiento de culpa. Descubrió que vencer las batallas edipianas personales es tan peligroso como perderlas. Las raíces de ese reconocimiento remontan los días

inmediatamente posteriores a la muerte del padre cuando pasó sus sentimientos a la teoría. Freud no consideraba sus experiencias personales como automáticamente válidas para toda la humanidad. Confrontó sus ideas con las experiencias de sus pacientes y más tarde con la literatura psicoanalítica. Freud estaba dispuesto a leer su propia experiencia mental para mejor entender a sus semejantes<sup>66</sup>. La culpa del superviviente siempre estuvo presente en Freud, así como en sus momentos felices en Inglaterra.

Las manifestaciones del sentimiento de culpa pueden ser polimorfas. El sentimiento de culpabilidad como responsabilidad de ser quien es, suscitó en la niña sentimientos concomitantes de incapacidad, inferioridad e impotencia. Los estudios de Bibring (1953) confirman y sostienen que la culpa tiene como consecuencias el sentimiento de incapacidad, de inferioridad y de impotencia.

Plantea Bibring<sup>67</sup> que *“la culpa y los auto-reproches se desarrollan cuando la gratificación desaparece. Cuando hay gratificación, no se desarrollan sentimientos de culpabilidad y auto-acusación.”* La idea de Bibring es que la culpa es reactiva a la frustración, la vieja idea de siempre, aunque el propio Freud fue mucho más allá.

La persona que se auto-inculpa se hace acompañar de un sentimiento abrumador de debilidad del Yo por temor a ser inferior o imperfecto y por creer que está predestinado al fracaso. Esto encauza a consecuentes sentimientos de

---

<sup>65</sup> Véase carta a Fliess.

<sup>66</sup> Peter Gay, 1989, pág.96.

<sup>67</sup> Bibring, 1953.

incapacidad, inferioridad e impotencia que oponen considerables obstáculos a la curación<sup>68</sup>. La resolución de una crisis creada por un evento neurológico catastrófico puede ser obstruida por los sentimientos de culpa del paciente.

*“El miedo de ser inferior o defectuoso parece hacerse realidad siempre que la persona llegue a sentir que todo esfuerzo fue en vano porque se sienten predestinados al fracaso, auto-inculpándose”.*<sup>69</sup>

Freud sostiene que el sentimiento de culpa puede provenir tanto de un acto de violencia efectivamente realizado, como también de uno simplemente intencionado, teniendo en cuenta que el sentimiento de culpa produce odio, y este a su vez temor; temor que a su vez produce un sentimiento de culpa, y así sucesivamente<sup>70</sup>.

¿En qué condiciones actúa la agresividad? Es sabido que hay en el individuo una predisposición para la agresividad, por tener una cierta funcionalidad, no sólo descarga de emoción. La agresividad es activada por defensas ante las angustias de auto-conservación, y desencadenase cada vez que el individuo se siente en peligro, que puede ser por frustración pulsional. El sujeto cuando tiene dolor inmediatamente se pone agresivo, por esto, cualquier dolor, tensión orgánica o frustración pulsional despierta agresividad. Cuando el niño reacciona a las primeras frustraciones pulsionales con agresividad, está siguiendo un modelo filogenético. Cualquier dolor psíquico también es capaz de despertar

---

<sup>68</sup> Flannery, 1990.

<sup>69</sup> Bibring, 1953.

<sup>70</sup> Silvestre, 1985.

agresividad. En algunas personalidades, el acople entre malestar y agresividad es acentuadamente estrecho para que se sientan amenazados y para que agredan.

Hay también el sentimiento persecutorio que hace que la persona vea el objeto como atacante y poderoso. Ante la angustia persecutoria el individuo reacciona con agresividad para tener poder, y termina creando un sentimiento de poder. Hay un placer en la agresividad como una forma de reestructuración de la imagen.

La agresividad es una defensa contra las angustias persecutorias, contra el sentimiento de culpabilidad. Cuando nos sentimos culpables frente a una persona usamos la agresividad para no sentirnos culpables, terminando en un ciclo vicioso.

La frustración produce angustia y ésta produce una defensa que viene enseguida como justificación, incrementando la sensación de angustia. Ve a la otra persona como elemento persecutorio. El trabajo terapéutico es centrado en la angustia persecutoria, y debe haber “insight” sobre por qué cada vez que está asustado, se pone agresivo, y por qué cada vez que se pone agresivo necesita justificarlo.

Freud es bastante enfático al declarar que sólo la frustración de las pulsiones agresivas (Pulsión Muerte) genera el sentimiento de culpabilidad y no

como postulan varios autores (Klein, Jones, y Alexander) que cualquier tipo de frustración, cualquier satisfacción pulsional frustrada lo generaría. Cuando una pulsión es reprimida, sus componentes agresivos son convertidos en sentimiento de culpabilidad y los elementos libidinosos en síntomas<sup>71</sup>.

La frustración surge con la no-obtención del objeto de deseo. El niño sufre la frustración oral cuando su llanto no puede provocar la venida de la madre, sintiéndose impotente por no conseguir con su llanto algo del otro. No consigue detentar un sentimiento de eficacia por no poder hacer que el otro alcance determinado estado afectivo y lograr comunicarse con la otra persona. La intensidad del sentimiento de impotencia está en la creencia del *"no me puedo comunicar"*, *"no puedo hacer que me quiera"*. Las experiencias traumáticas conducen al estado de impotencia y se quedan fijadas en la mente. Posteriormente, cualquier hecho que haga al individuo sentirse impotente, puede conducirlo a la autoinculpación. La persona termina creando un imagen de sí misma de impotente y se siente culpable por *ser o estar así*.

A juzgar por Freud,<sup>72</sup> el sentimiento inconsciente de culpabilidad supone un obstáculo para el analista manifestándose como una resistencia contra la curación. Se logra un completo éxito terapéutico cuando se consigue descubrir *directa y paulatinamente sus fundamentos inconscientes reprimidos*<sup>73</sup> y transformarlos en sentimientos conscientes, revelando el objeto de carga erótica que está por

---

<sup>71</sup> Eva Nick, 1983, Pág. 109.

<sup>72</sup> Freud, 1922, *El Yo y el Ello*, Nota 14; *Observaciones sobre el Inconsciente*.

detrás del sentimiento inconsciente de la culpabilidad, resultado de la identificación del sujeto con otra persona. Mitigado el sentimiento de culpabilidad se consigue una especie de reconciliación de uno mismo con los demás.

Freud<sup>74</sup> presentó el fenómeno de los sentimientos de culpa, mencionando el ejemplo de pacientes en análisis cuyos síntomas<sup>75</sup> se tornan más serios cuanto más manifiesta el analista esperanza de curación final o refuerza positivamente los progresos alcanzados. Esta es la llamada reacción terapéutica negativa originaria del sentimiento inconsciente de culpa, del deseo de castigo. Resulta totalmente inaccesible al paciente por no detectar este sentimiento como tal, sino como un *estar enfermo*. El paciente no se siente culpable y sí enfermo. Se manifiesta como una resistencia a la curación. En *El Yo y el Ello*<sup>76</sup> indica que la reacción terapéutica negativa es una de las más graves resistencias del sujeto y el máximo peligro para el buen funcionamiento analítico; por lo tanto, la satisfacción de este sentimiento inconsciente de culpabilidad es quizás la posición más fuerte de la <<ventaja de la enfermedad.

Para Freud existe un tipo de resistencia proveniente del Superyo que se opone a todo movimiento en sentido de éxito, inclusive a la recuperación del propio paciente por el análisis. Esta resistencia está vinculada al sentimiento de

---

<sup>73</sup> Freud, 1922, *El Yo y el Ello; Observaciones sobre el Inconsciente*.

<sup>74</sup> Freud, 1923, *Observaciones sobre el Inconsciente*, 1922; *Las Servidumbres del Yo*, V.

<sup>75</sup> Todo el síntoma tiene una causa y un significado. Los síntomas son reacciones psicológicas y deben ser consideradas bajo un concepto dinámico. Traducen los problemas de personalidad y el modo por el cual los enfrenta. Trabajándose la culpa, los demás síntomas desaparecen, pudiéndose pensar en culpa como el núcleo causal de la depresión y de los equivalentes depresivos.

<sup>76</sup> Freud, 1905, *Tres Ensayos para una Teoría Sexual* (Nota 63).



culpabilidad y a la necesidad de castigo. La ansiedad, la agresividad, el miedo, el sentimiento de pérdida, el sentimiento de renuncia, de punición, están íntimamente relacionadas con el sentimiento de culpabilidad<sup>77</sup>.

Respecto a la culpa negativa, considerando el conjunto de publicaciones analizadas, se puede considerar que un resumen de los síntomas experimentados por quienes la sufren debe incluir: la angustia, la pesadumbre, la falta de acción, la falta de autoestima, la auto-alienación, las ideas persecutorias, el insomnio, la recriminación, la indecisión, la preocupación, el aislamiento, el deseo de reparación, el sentimiento de responsabilidad y auto-desprecio. Éstas características pueden contribuir a definir la depresión como auto-culpabilidad.

Para estar indemne al sentimiento de culpabilidad el paciente tiene que identificarlo. Esto depende del desenvolvimiento de las identificaciones que necesariamente tienen que ocurrir en el ámbito consciente.

## G. Bibliografía

ALEXANDER, Franz. 1987. *Psychosomatic Medicine – Its Principles and Applications*. W.W. Norton & Company, Inc.: New York. Trad. Portugués 1989:

---

<sup>77</sup> Eva Nick, 1983.

*Medicina Psicossomática, princípios e aplicações, Artes Medicas: Porto Alegre, Brasil.*

- BIBRING, E. 1953. *The mechanism of depression*. En P. Greenacre (comp). *Affective Disorders* (El Mecanismo de la Depresión, en Perturbaciones de la Afectividad). New York: International Universities Press.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Problemática del Cambio de Valores en la Mujer". *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 45 (1), 91-101.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Abandono de los Valores Paternos". *Infancia y Aprendizaje*, 1992, 57, 67-88.
- FADIMAN, James y FRAGLE, Robert. 1976 *Personality and Personal Growth*. Harper & Row, Publishers, Inc. Trad. Portugués 1979: *Teorías da Personalidade*, Harper & Row do Brasil: São Paulo, Brasil.
- FLANNERY, J. J. 1990. "Guilt: a crisis within a crisis". *Journal Neuroscience Nursing*. Apr; 22(2):92-9. Florida State University, School of Nursing, Tallahassee.
- FORNARI, Bianca y MUSATTI, Cesare. 1979. "Freud Dopo 40 Anni". *Corriere della Sera Illustrato*, 26-5, Anno 3 - Numero 21.
- FREUD, Sigmund. 1887. "Los orígenes del psicoanálisis". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1900. "La interpretación de los sueños". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1905. "Tres ensayos para una teoría sexual". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1908. "Sobre las teorías sexuales infantiles". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1908. "Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.

- FREUD, Sigmund. 1912. "Tótem y tabú". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1915. "Psicoanálisis aplicado". - *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*, II Nuestra aptitud ante la muerte. *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1915. "Los instintos y sus destinos". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1916. "Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1916. "Los que fracasan al triunfar", II. *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1916. "Los Delincuentes por Sentimientos de Culpabilidad". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1920. "Más allá del principio del placer". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1921. "Psicología de las masas y análisis del Yo". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1922. "Observaciones sobre el inconsciente". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1923. "El Yo y el Ello". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1923. "Las Servidumbres del Yo", V. *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.

- FREUD, Sigmund. 1927. "Dostoyevski y el parricidio". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1927. "El porvenir de una ilusión". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1930. "El malestar en la cultura". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- GAY, Peter. 1989. *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Paidós: España.
- GRINBERG, L. 1994. *Culpa y Depresión*. Alianza Universidad: Madrid, España.
- JONES, Ernest. 1961. *The Life and Work of Sigmund Freud*, Basic Books Publishing Co., Inc. Trad. Portugués 1979: *Vida e Obra de Sigmund Freud*. Zahar, 3ª edición: Rio de Janeiro, Brasil.
- KELEMAN Stanley. 1985. *Emocional Anatomy - The Structure of Experience*, Trad. Portugués 1992: *Anatomia Emocional*. Summus Editorial: São Paulo, Brasil.
- LAPLANCHE J. y Pontalis, J. 1967. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Presses Universitaires de France: París. Trad. Portugués 1983: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes, 7ª edición: São Paulo, Brasil. 2000: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes: São Paulo.
- MUNTANÉ, M. D. 1994. *La Menopausia*. ICARIA: Barcelona, España.
- NICK, Eva. 1983. "Culpa ou Preocupação?". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 35 (3): 105 - 130, Jul./ Set.
- ORTÍZ DE ZÁRATE, Amaya. 2001. "El Legado Oscuro de la Culpa". *Trama & Fondo - Lectura y Teoría del Texto*. N° 10, Primer Semestre, p. 90-92.
- SILVESTRE, M. 1985. "El Sentimiento de Culpa". *Analítica, Escuela del Campo Freudiano de Caracas*. Caracas, Venezuela. N° 6 y 7 Enero - Diciembre.
- TANGNEY, J. P.; WAGNER, P. y GRAMZOW, R. 1992. "Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology". *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 101, No.3, 469-478.

- TANGNEY, J. P. 1993. "Shame and Guilt". En I. B. Weiner (Ed.), *Syntoms of Depression*, A Wiley-Interscience Publication: New York.
- TELLENBACH, H. 1974. *Melancholie*. Springer-Verlang: Berlín. Trad. Español 1976: *La Melancolia - Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica*. Ediciones Morata. (Cap III): Madrid, España.
- ZABALEGUI RODRÍGUEZ, Luis. 1989. "Criterios diferenciales del sentimiento de culpa normal y patológico". *Psiquis*. Vol. X, 27-32.
- ZABALEGUI RODRÍGUEZ, Luis. 1997. *¿Porque me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.: Bilbao, España.

## **2) Aportaciones de Melanie Klein y Escuela Kleiniana**

### **A. Presentación de la obra de Melanie Klein:**

La obra de Melanie Klein proporcionó un nuevo modelo de mente que significó la extensión de las aplicaciones del análisis a la primera infancia y a las psicosis. Siguiendo un método que se asemeja al de Freud, Melanie Klein se interesó más por descubrir hechos e interpretaciones que por elaborar una construcción teórica sistematizada. Como puntos de partida, convergen en su obra las influencias provenientes de ciertas ideas y conceptos de Freud, Ferenczi y Abraham. De Sigmund Freud, Melanie Klein adoptó las ideas del realismo del inconsciente, las hipótesis filogenéticas acerca de la pulsión y sobre el tema de la pulsión de muerte; de Sandor Ferenczi los orígenes del simbolismo y del principio de realidad; y de Karl Abraham, las fases evolutivas de la libido contribuyeron significativamente en la elaboración de la teoría de las posiciones.



El trabajo de Klein confirmó los descubrimientos de Freud sobre la agresividad y la sexualidad infantil, el papel del Superyo y el complejo de Edipo,

ya que la teoría de Freud sobre el desenvolvimiento de los niños tenía como base los análisis de adultos<sup>1</sup>.

En el campo del análisis de niños, Melanie trajo una nueva herramienta que conduce al camino para el inconsciente del niño, las representaciones simbólicas de sus ansiedades y fantasías: el tratamiento a través del juego – actualmente llamado ludoterapia. A través del juego el niño exterioriza la expresión simbólica de sus conflictos inconscientes, sus ansiedades y fantasías. Aparte de estas contribuciones, la teoría Kleiniana delineó el complejo de Edipo y el Superyo hasta las raíces primitivas de su desarrollo.

Un panorama general de la evolución de sus ideas puede dividirse en tres períodos, que a su vez contienen los principales debates a que se vio confrontada la teoría Kleiniana:

- a) Primer periodo 1919-1932:
  - Técnica psicoanalítica del juego;
  - La angustia;
  - Sublimación - Simbolización – Inhibición;
  - Complejo de Edipo Temprano;
  - Superyo Temprano.
- b) Segundo periodo 1932-1946:
  - Teoría de las posiciones.
- c) Tercer periodo 1946-1960:
  - Identificación proyectiva;
  - Autoerotismo y narcisismo;
  - Envidia primaria.

---

<sup>1</sup> Klein, M., *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos*, 1996, pág. 10.

La primera fase tuvo inicio con el artículo *"On the Development of the Child"* y culmina con la publicación de *"The Psycho-Analysis of Children"*, en 1932. La segunda surgió con los artículos *"A Contribution to the Psychogenesis of the Manic Depressive States"* (1934) y *"Mourning and its Relation to Manic Depressive States"* (1940). Ya la tercera fase se ocupó del estadio más primitivo formulado principalmente en su artículo *"Notes on some Schizoid Mechanisms"* (1946) y en su libro *"Envy and Gratitude"* (1957)<sup>2</sup>.

Adoptando un criterio cronológico, iremos desarrollando los conceptos a medida que se despliegan en su obra.

## B. Cronología de Melanie Klein (1882-1960)

<b>1882</b>	Nacimiento en Viena, el 30 de marzo, de Melanie Reizes. Era la hija menor, tenía dos hermanas y un hermano. El padre, de origen judío, era médico y un estudioso del Talmud. La madre mantenía un pequeño comercio para colaborar con el marido en el mantenimiento de la casa.
<b>1886</b>	Pasada una enfermedad de un año, muerte de Sidonie, su hermana, que le enseñara a leer y a escribir, aparte de rudimentos de aritmética.
<b>1897</b>	Bajo influencia del hermano Emmanuel - descrito como alegre, amante de la literatura y de la música – se interesa por las artes. Con su ayuda, se prepara para el examen de admisión al liceo femenino, de cara a cursar Medicina.

<sup>2</sup> Segal, H., *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 12.



<b>1899</b>	A los 17 años, después de haberse matriculado, se inicia su noviazgo con Arthur Klein, que estudia ingeniería química.
<b>1900</b>	Muerte del padre, Moritz Reizes.
<b>1902</b>	Muere, a los 25 años, de cardiopatía, su hermano Emmanuel.
<b>1903</b> <b>1915</b>	El 31 de marzo: se casa con Arthur Klein. Mudanza de proyecto, con el abandono de la Medicina. Sigue cursos de Arte e Historia en la Universidad de Viena, sin graduarse. En 1910 la familia Klein se establece en Budapest. Nacimiento de los hijos: Mellita en 1904, Hans en 1907 y Erich en 1914. Realiza numerosos viajes y tratamientos de reposo en virtud de sus depresiones. La madre de Melanie Klein, Libussa, cuida de la casa; muere en 1914. A los 32 años, Klein realiza la lectura de <i>"La interpretación de los sueños"</i> , de Sigmund Freud, y tiene una convicción inmediata y entusiástica.
<b>1914</b>	Inicio del análisis con Sándor Ferenczi, que siguió hasta el 1919 <sup>3</sup> . Estimulada por él a dedicarse al psicoanálisis, inicia el tratamiento para niños.
<b>1919</b>	Presenta su primer trabajo a la Sociedad Psicoanalítica de Budapest: <i>"El romance familiar en su estado naciente"</i> (la educación analítica de su hijo Erich). <i>"El desenvolvimiento de un niño"</i> . Entra como miembro en esa Sociedad en Budapest.
<b>1920</b>	Contacto con Freud y Abraham, en el Congreso Psicoanalítico de la Haya. En este congreso se presentó la conferencia de Hermine von Hug-Hellmuth, <i>"Sobre la técnica del análisis de niños"</i> . Abraham le invita a trabajar en Berlín. Freud publica <i>"Más allá del principio del placer"</i> .
<b>1921</b>	Arthur Klein va para Suecia. Melanie Klein se instala en Berlín con los hijos. Empieza un proceso de separación. Numerosos tratamientos de niños. Apoyo de Karl Abraham.
<b>1923</b>	Melanie Klein pasa a dedicarse totalmente al Psicoanálisis. Publica su primer artículo sobre simbolismo: <i>"El papel de la escuela en el desenvolvimiento libidinal del niño."</i> Freud publica <i>"El Yo y el Ello"</i> , <i>"La organización genital infantil"</i> y <i>"La disolución del complejo de Edipo"</i> . <i>"El análisis de niños pequeños."</i>
<b>1924</b>	Con 42 años, da inicio a un análisis de 14 meses con Abraham. En Abril, Melitta se casa con Walter Schmideberg. En el VIII Congreso Internacional de Psicoanálisis, Klein presenta <i>"La técnica del análisis de niños pequeños"</i> . Descubrimiento del Superyo arcaico y de la precocidad del complejo de Edipo.
<b>1925</b>	James Strachey le invita a dar conferencias en Londres. Ernest Jones le invita a establecerse en Inglaterra. Muere Karl Abraham al 25 de diciembre.

<sup>3</sup> Grosskurt, 1992, pág. 85: Melanie Klein aún estaba en análisis con Ferenczi el 1919. Michael Balint se acuerda de estar sentado en la antesala, esperando para discutir con él una conferencia que Ferenczi había ministrado en la universidad, cuando se abrió la puerta del despacho y por ella salió Melanie en pleno llanto.

<b>1926</b>	Divorcio de Melanie y Arthur Klein. Llega a Londres en septiembre. Recibe apoyo de Arthur Klein y de los psicoanalistas ingleses. Freud publica <i>"Inhibición, síntoma y angustia"</i> . <i>"Los principios psicológicos del análisis de niños pequeños."</i>
<b>1927</b>	Anna Freud publica el libro <i>"El tratamiento psicoanalítico de niños"</i> . Coloquio sobre Psicoanálisis de niños, donde critica las ideas de Anna Freud. Melanie Klein se torna miembro de la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Inicia un subgrupo kleiniano en la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Fundación analítica de la práctica con niños. <i>"Simposium sobre el análisis de niños."</i>
<b>1929</b>	Melanie Klein realiza el análisis de Dick, un niño autista de 5 años. Melanie Klein demuestra la importancia del símbolo en el desenvolvimiento del Yo.
<b>1931</b>	Empieza los análisis didácticos y el tratamiento para adultos.
<b>1932</b>	Publicación simultánea, en inglés y alemán, de la obra: <i>"El psicoanálisis del niño"</i> . Inicio de la hostilidad entre Melanie Klein con su hija Melitta. <i>"La importancia de la formación de símbolos en el desenvolvimiento del Yo."</i>
<b>1933</b>	Muere Sandor Ferenczi. Paula Heimann llega a Inglaterra.
<b>1934</b>	Muere su hijo Hans, con 27 años, en accidente de montañismo, en Abril. Su hija Melitta Schmideberg, también analista, se opone al trabajo teórico desarrollado por su madre, rompiendo con ella. En Agosto, presenta la <i>"Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos"</i> .
<b>1934 1940</b>	Descubre la Posición Depresiva y la Esquiza-paranoide. En 1935 publica <i>"Una contribución a la psicogenesis de los estados maníaco-depresivos."</i> En 1936 realiza la conferencia sobre <i>"El destete"</i> . En 1937 publica <i>"Amor, odio y reparación"</i> , de Melanie Klein y Juan Rivièr. En Junio de 1938, Freud llega a Londres con su mujer y su hija Anna. En 1939 muere Freud el 23 de septiembre.
<b>1940</b>	Redacción definitiva de la comunicación presentada en el XV Congreso, en 1938, <i>"El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos"</i> . Disensiones entre Melanie Klein y Anna Freud.
<b>1941</b>	Melanie Klein, a los 59 años, realiza el análisis de Richard, un niño de 10 años. Melanie Klein realiza la vinculación entre el Complejo de Castración y la Posición Depresiva (cf. 1945, <i>"El complejo de Edipo esclarecido por las angustias precoces"</i> y, en 1956-59, la redacción de la <i>"Narrativa del análisis de un niño"</i> ).
<b>1942 1944</b>	Las Asambleas Extraordinarias y las Discusiones y Controversias organizan las oposiciones teóricas y políticas entre kleinianos y annafreudianos. Elaboración de la doctrina kleiniana por Melanie Klein y sus discípulos, J. Rickman, C. Scott, D. Winnicott, S. Isaacs, J. Rivièr e P. Heimann.
<b>1943</b>	Discusiones entre kleinianos y opositores en sesiones plenarias de la Sociedad Británica.
<b>1944</b>	Comunicación sobre <i>"La vida emocional de los bebés"</i> . Análisis de Hanna Segal.

<b>1945</b>	Publicación de la crítica de E. Glover, " <i>Examen del sistema kleiniano de la Psicología infantil</i> ", que solicita la expulsión de los kleinianos de la Sociedad. Frente al rechazo, Glover dimite.
<b>1946</b>	Conclusiones de noviembre: la Sociedad Británica es dividida en tres Grupos, y la Formación, en dos regímenes de enseñanza. Comunicación " <i>Apuntes sobre algunos mecanismos esquizóides</i> ", en que la " <i>noción de identificación proyectiva</i> " sería introducida, en la redacción de 1952, y desarrollada por los kleinianos, en particular por H. Rosenfeld, a propósito de las psicosis.
<b>1947</b>	A los 65 años publica " <i>Contribuciones al psicoanálisis</i> " (1921-1945).
<b>1949</b>	Congreso de Zurich, " <i>Sobre los criterios del término del análisis</i> ". Concepción del término del tratamiento como una experiencia de duelo. Lacan publica " <i>El estadio del espejo como formador de la función del Yo</i> ", siendo que la primera versión del estadio del espejo, fue en 1938 y la introducción del " <i>Tiempo lógico</i> " en 1945.
<b>1951</b>	Congreso de Amsterdam, " <i>Los orígenes de la transferencia</i> ".
<b>1952</b>	Edición especial de " <i>International Journal of Psycho-Analysis</i> ", dedicada a los 70 años de Melanie Klein. Banquete organizado por E. Jones en su homenaje y publicación de " <i>Los progresos del psicoanálisis</i> " por sus discípulos y colegas.
<b>1953</b>	Congreso de Londres, intervención sobre " <i>La psicología de la esquizofrenia</i> ", " <i>De la identificación</i> ". Lacan expone " <i>Función y campo del habla y del lenguaje</i> " en Roma.
<b>1955</b>	Fundación Melanie Klein Trust. Congreso de Ginebra, " <i>Un estudio sobre la envidia y la gratitud</i> ". Ruptura con P. Heimann. Publicación de " <i>La técnica psicoanalítica a través del juego; su historia, su significado</i> ", artículo escrito a partir de una conferencia de 1953.
<b>1957</b>	Publicación de " <i>Envidia y gratitud</i> ".
<b>1958</b>	Muerte de Ernest Jones.
<b>1959</b>	Publicación de " <i>Las raíces infantiles del mundo adulto</i> ". El Congreso de Copenhague, " <i>El sentimiento de soledad</i> ".
<b>1960</b>	En primavera se pone anémica. Se somete a una cirugía de cáncer del colon en septiembre. Melanie Klein muere a los 78 años, el día 22 de septiembre y es cremada.
<b>1961</b>	Publicación de la " <i>Narrativa del análisis de un niño</i> ". Necrológica de W. Hoffer, H. Segal e W. Bion en el " <i>International Journal of Psycho-Analysis</i> ", V. XLII.

### **C. Aspectos Biográficos**

Melanie Reizes nació el 30 de marzo de 1882 en Viena. Su padre, Moriz Reizes, pertenecía a una sencilla familia judía muy religiosa, originario de Lemberg, en Galicia y residente en Lvov, en esa época parte del imperio austro-húngaro, actualmente parte de Ucrania. Estaba destinado a ser rabino y a casarse con una joven elegida por sus padres, a quien no conocería antes de la boda. A pesar de esto, siguió la carrera de Medicina, y al finalizarla rompió con la tradición ortodoxa. Era un hombre culto, que hablaba diez idiomas. Comenzó el ejercicio de su profesión, y a los 37 años, se divorció de su primera esposa. Pasados tres años conoció en Viena a Libussa Deutsch, mucho menor que él. Esta pertenecía a una familia erudita y culta, dominada por un linaje de mujeres, en la cual tanto el padre como el abuelo eran rabinos.

Libussa y Moriz se casaron en 1875 y se establecieron en Deutsch-Krentz. En 1876 nació Emilie, en 1877 Emmanuel y al año siguiente, Sidonie. La familia se trasladó a Viena, donde nace Melanie en 1882. Moriz se dedica a la odontología y su esposa abre un negocio de venta de plantas, trabajando hasta 1907.

Melanie Klein, poco deseada, fue la cuarta entre los hijos de esta pareja que no se entendía. Cuando, a su vez, se tornó madre, también sufriría en su vida

privada las intrusiones de su madre, Libussa, personalidad tiránica, posesiva y destructiva.

La juventud de Melanie fue marcada por una serie de duelos, muchos probablemente responsables de la culpa, cuyos vestigios se encuentran en su obra teórica.

Tenía cuatro años cuando su hermana Sidonie, murió de escrófula (variante de la tuberculosis). Sidonie la había iniciado en la lectura y las matemáticas. Su hermano Emmanuel apoya a Melanie cuando, a los catorce años, decide estudiar Medicina (Psiquiatría) y la prepara en su ingreso al Gimnasio de Viena.

A los 17 años Melanie Klein se compromete con Arthur Stevan Klein, amigo de Emmanuel. En esta época abandona la idea de estudiar Medicina y asiste a cursos de Historia y de Arte en la Universidad de Viena<sup>4</sup>.

A principios de 1900, a sus 18 años, muere su padre Moriz Reizes y a fines de ese año Emilie se casa con el médico Leo Pick. Emilie muere en Londres en 1940. Su relación con la hermana menor, Melanie, era muy estrecha, compleja y de carácter incestuoso. En diciembre de 1902, ya con 20 años, muere en Génova

---

<sup>4</sup> Del Valle, Elsa, *La Obra de Melanie Klein*. Tomo I: 1919 – 1932, Ediciones Kargieman, Buenos Aires, 1979, pág. 15.

Emmanuel, quien hacía años estaba enfermo de fiebre reumatoidea. Murió agotado por la enfermedad, por las drogas y por la desesperación.

Las dificultades económicas que siguieron a la muerte del padre de Melanie pareció haber sido la causa de su renuncia a los estudios de medicina, que había decidido emprender con el objetivo de ser psiquiatra. Esas mismas dificultades explicarían igualmente su casamiento precipitado a los 21 años recién cumplidos, el 31 de marzo de 1903, con Arthur Klein, ingeniero químico de carácter sombrío, que conociera dos años antes y del quién se divorciaría en 1926. Por fuerza de sus actividades profesionales era obligado a muchos desplazamientos, lo que posibilitó a Melanie aprender muchos idiomas.

En el año de 1903, la pareja se establece en Rosenberg (Hungría) y al año siguiente nace Melitta. En 1906 nace Hans y un año después se trasladan a Kappitz, un pequeño pueblo, a causa del trabajo de Arthur. En 1910, por insistencia de Melanie, crónicamente deprimida, la pareja, cuyo desacuerdo era alimentado por las incesantes intervenciones de Libussa, se trasladó a Budapest.

En 1913 Ernest Jones regresa a Europa y es analizado por Ferenczi. En este mismo año funda la Sociedad Psicoanalítica de Londres.

El 1 de julio de 1914 nace su tercer hijo Erich (futuro Eric Clyne), que terminaría analizando, como le pasó a Hans y a Melitta. A fines de ese año muere

Libussa, quien poseía una fuerte influencia sobre Melanie. Esto agrava su depresión y le anima a iniciar un análisis con Ferenczi, interesándose además por los escritos de Freud acerca de los sueños. Tanto Ferenczi como Arthur Klein se incorporan al ejército austro-húngaro y en 1916 el esposo de Melanie regresa como inválido de guerra, herido en una pierna. El matrimonio enfrenta graves dificultades y por motivo de la guerra, el análisis con Ferenczi fue interrumpido. Melanie Klein empezó a participar de las actividades de la Sociedad Psicoanalítica de Budapest, de la que posteriormente se tornó miembro en 1919.

En 1918 Melanie Klein asiste al V Congreso Psicoanalítico Internacional, con la presidencia de Karl Abraham, en que Sigmund Freud lee "*Lines of Advances in Psychoanalytic Therapy*". Era la primera vez que Melanie Klein veía a Freud. Ese Congreso realizado en tiempos de guerra causa una fuerte impresión en Klein y, según ella misma recuerda: "me acuerdo claramente" recordaba ella, "cuán impresionada me quedé y lo mucho que el deseo de dedicarme al psicoanálisis fue reforzado por esa impresión"<sup>5</sup>. *Esa impresión fortaleció su deseo de dedicarse al psicoanálisis. Ferenczi le llamó la atención acerca de su gran capacidad para comprender a los niños, alentando la idea de Melanie de dedicarse al análisis de niños.*

Ferenczi la asigna como asistente de Anton von Freund en la tarea de organizar la enseñanza del psicoanálisis en la Sociedad de Investigación Infantil.

En 1919 Jones reorganiza la Sociedad Británica de Psicoanálisis. En julio de ese mismo año Klein, llevada por Ferenczi, expone su primer trabajo, "*Der Familienroman in statu nascendi*" (publicado en 1920) por lo que es admitida como miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Budapest, la cual estaba en un período de intensa actividad bajo la presidencia de Ferenczi. Su primero estudio de caso fue dedicado al análisis de un niño de cinco años, que en realidad era su propio hijo Erich. Una versión reformada de esa intervención, en la cual ella disimuló la identidad del joven paciente llamándolo Fritz, constituyó su primer escrito, publicado en el "*Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*"<sup>6</sup>.

Al poco tiempo la posición de los profesionales judíos residentes en Budapest se ve muy afectada por la situación política de la posguerra. La ola de anti-semitismo que asolaba Budapest después del fracaso de la dictadura comunista de Bela Kun (1886-1937) obligará a los Klein a dejar la capital y a exiliarse. Arthur Klein no pudo continuar su trabajo y se traslada a Suecia, obteniendo posteriormente la ciudadanía sueca. Melanie Klein se traslada junto a sus hijos a Eslovaquia, donde permanece un año en casa de sus suegros. Melanie Klein asiste en 1920 al 6º Congreso Psicoanalítico Internacional, en La Haya. Conoce a Hermine von Hug-Hellmuth, quien lee su trabajo sobre la técnica del análisis infantil, y a Karl Abraham. Este terminaba de fundar, con la ayuda de Max Eitingon, la famosa policlínica del Berliner Psychoanalytisches Institut (BPI),

---

<sup>5</sup> Grosskurth, Phyllis, *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*, 1992, pág. 82.

<sup>6</sup> Grosskurth, Phyllis, *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*, 1992, pp. 85 y 86.



donde eran acogidos muchos pacientes traumatizados por la guerra. Atraída por la personalidad de Abraham y por la vitalidad del grupo de analistas que lo cercaba, Melanie Klein se instaló, en 1921, en la capital alemana.

Abraham, presidente de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín, la invita a trabajar en dicha ciudad. Klein se traslada con su hijo Erich. En 1921 se concreta el divorcio de Melanie y Arthur. En 1922 Klein se convierte en miembro asociado de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín (en ese mismo año, Anna Freud se convierte en miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena). Un año después pasa a ser miembro pleno de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín. En septiembre de 1922, asistió al VII Congreso de la IPA, durante el cual participó de las primeras discusiones sobre la cuestión de la sexualidad femenina, después de la contestación de las tesis freudianas por Karen Horney.

A comienzos de 1924 Klein inicia su segundo análisis con Karl Abraham, en Berlín, que va a continuar hasta la muerte del mismo en diciembre de 1925. de quien adoptaría algunas ideas para desarrollar sus propias perspectivas sobre la organización del desenvolvimiento sexual. El análisis es concluido en Londres, con S. Payne.

Con la muerte de Abraham, Melanie Klein deja Berlín, cuyo medio psicoanalítico se adhería a las ideas de Anna Freud, juzgando las suyas poco ortodoxas. Ese período es sumamente productivo. Melanie presentó una

comunicación altamente controvertida sobre el psicoanálisis de niños pequeños, que cuestionaba ciertos aspectos del complejo de Edipo. Expone por primera vez su primer artículo titulado "*La técnica del análisis de niños pequeños*" en el VIII Congreso de Psicoanálisis Internacional, en Salzburgo, cuyo presidente era Abraham. Fue apoyada por Abraham y también por Ernest Jones, que seducido por ese discurso contestatario, intervendría junto a Freud para que éste aceptase esas declaraciones heréticas. Impresionado con su ponencia, Ernest Jones le invita a dar conferencias en Inglaterra, país donde Melanie Klein se instaló definitivamente en 1926.

También durante 1924 presenta ante la Sociedad de Viena el trabajo "*Principios psicológicos del análisis infantil*" y, a fines de ese año, "*Una neurosis obsesiva en una niña de 6 años*" (Erna) en la Primera Conferencia de Psicoanalistas Alemanes, en Wurzburg. En esa ocasión se enfrentó directamente con Anna Freud. El debate estaba abierto, y trataría de lo que "debería" ser el psicoanálisis de niños: una nueva y perfeccionada forma de pedagogía (posición defendida por Anna Freud) o la oportunidad de una exploración psicoanalítica del funcionamiento psíquico desde el nacimiento. Teóricamente, ésta le censura las concepciones de objeto, Superyo, Edipo y fantasmas originarios. Para ella, la envidia, la gratitud y las posiciones depresivas y esquizoparanoideas no son psicoanalíticas. Clínicamente, la censura por afirmar que es posible una transferencia en el tratamiento de niños, tornando dispensable todo el trabajo con los padres. Melanie Klein recusa tales críticas, acusando a su rival de no ser freudiana. En 1946, son

creados dos diferentes grupos de formación de psicoanalistas y, en 1955, es fundado el *Melanie Klein Trust*.

Conoce a Alix Strachey, analizando de Abraham que se interesa por sus teorías y colabora en traducir al inglés algunos de sus escritos. Es a través de su esposo, James Strachey, como los trabajos de Klein llegan a la Sociedad Psicoanalítica Británica, en que el análisis de niños era debatido con mucho interés. En las actas de dicha presentación constan las críticas de E. Glover.

En julio de 1925 Klein realiza seis conferencias en Londres durante tres meses, invitada por Ernest Jones. Su instalación en Londres marcó efectivamente la apertura de las hostilidades entre la escuela vienesa y la escuela inglesa: cualesquiera que hayan sido los esfuerzos de Jones para convencerle de que las tesis kleinianas se basaban en la lógica de las suyas, Freud, deseando apoyar a Anna, manifestaría un creciente desagrado. Abraham ya estaba enfermo y había suspendido sus análisis por un período indeterminado. Melanie es bien recibida en Londres y, entre otros, conoce a Susan Isaacs.

Luego de la muerte de Abraham, la oposición a las teorías kleinianas en la Sociedad de Berlín se intensifica notoriamente. Otro factor que se agrega a la desaparición de su mentor es un episodio que repercute desfavorablemente en la aceptación de la indagación profunda del inconsciente del niño: H. Hug-Hellmuth, directora del Centro de Orientación Infantil de Viena, es asesinada por un familiar

de 18 años, al que ella había aplicado su técnica cuando pequeño. Este caso tiene amplia repercusión pública.

Finalmente Klein decide dejar Berlín y en septiembre de 1926 llega a Inglaterra, invitada por Jones durante un año, a fin de analizar a sus hijos y a su esposa. Jones, presidente de la Sociedad Británica y gran impulsor del psicoanálisis, se interesaba en la aplicación del análisis a los niños desde 1920.

Erich llega a Londres al poco tiempo, y Hans bajo la custodia de su padre permanece estudiando en Berlín. Melitta se ha casado con el Dr. Walter Schmideberg y estudia en la Universidad de Berlín.

En Londres, Melanie Klein experimentó sus teorías tratando a los hijos perturbados de algunos de sus colegas. Su personalidad invasiva provocó pasiones y repulsas.

En marzo de 1927, Anna Freud hizo una comunicación al grupo berlinés de la DPG, que en verdad, se trataba de un verdadero ataque contra las tesis kleinianas sobre el análisis de niños. Hubo críticas y Freud se irritó profundamente. La discordancia entre ambas no paraba de crecer, especialmente en lo que se refiere al análisis de niños: parte integrante de la educación general de todo niño, afirmaba Melanie Klein; necesaria sólo cuando la neurosis se manifiesta, replicaba Anna, que circunscribía el análisis de niños a la expresión del

malestar parental, mientras Melanie autonomizaba el niño, tanto en su demanda como en el tratamiento.

En septiembre de este año, durante el X Congreso Internacional en Innsbruck, ese conflicto se amplió: Klein presentó una comunicación, *"Los estadios precoces del conflicto edípico"*, en que exponía explícitamente sus discordancias con Freud sobre la cronología del complejo de Edipo, sobre sus elementos constitutivos y sobre el desenvolvimiento psicosexual diferenciado de los niños y de las niñas. En octubre del mismo año, apoyada por la renovada confianza de Jones, Melanie fue nombrada para la BPS.

En marzo de 1927 Anna Freud habla de la técnica del análisis infantil ante la Sociedad de Berlín, en clara oposición a Melanie Klein. La contribución escrita enviada por ella, quien aún pertenece a dicha Sociedad, no se hace circular. Anna publica "Einführung in die Technik der Kinderanalyse". En mayo del mismo año Jones organiza un simposio sobre análisis infantil entre los miembros de la Sociedad Británica. La tensión existente Londres-Viena es notoria en la correspondencia entre Freud y Jones.

Del 4 al 18 de mayo de 1927 tiene lugar el Simposio, en el cual se exponen los principales temas de la polémica entre el grupo británico y el vienés. Este acontecimiento puede considerarse fundacional respecto a la extensión del campo del psicoanálisis a los niños.

Las ideas de Melanie Klein suscitarán fuertes oposiciones, que tomarán una amplitud considerable con la llegada a Inglaterra de los psicoanalistas expulsados por el nazismo, entre ellos Anna Freud y E. Glover, que consideraban sus ideas meta-psicológicas una herejía idéntica a las de Jung y Rank.

El 2 de octubre de 1927, Klein es elegida miembro plenario de la Sociedad Británica. El período 1928-39 es el más prolífico en la vida de Melanie Klein.

En enero de 1929, empezó a tratar a un niño autista de cuatro años, hijo de uno de sus colegas de la BPS, a quien denominó Dick. Luego se apercibió de que él presentaba síntomas que ella nunca había encontrado. No expresaba ninguna emoción, ningún apego, y no se interesaba por los juguetes. Para entrar en contacto con él Melanie colocó dos trenes lado a lado y designó el mayor como el “tren papá” y el menor como “tren Dick”. Dick hizo que el tren con su nombre se pusiera a andar y dijo a Melanie: “¡Corta!”. Ella desenganchó el carro de carbón y el niño guardó el juguete roto en un cajón, exclamando: “¡Acabó!”. Dick siguió con el análisis con Melanie Klein hasta 1946, con una interrupción durante la Segunda Guerra Mundial. Cuando Phyllis Grosskurth se encontró con él, ya con cerca de 50 años, no tenía nada que ver con el niño fecho de otrora. Era incluso

francamente un charlatán.<sup>7</sup> En 1930 Melitta, ya graduada, se radica en Londres y su participación en la Sociedad se hace intensa. Convive con su madre hasta que Jones logra que Schmiedeberg entre en Inglaterra dos años más tarde.

En 1932 se edita "*El Psicoanálisis de niños*", la obra más importante publicada por un miembro de la Sociedad Británica hasta el momento, en la cual exponía la estructura de sus futuros desarrollos teóricos, sobre todo el concepto de posición (posición esquizo-paranoide/ posición depresiva), así como su concepción ampliada de pulsión de muerte. Se realiza el 12º Congreso Internacional de Psicoanálisis, en Wiesbaden, el último realizado en Alemania antes de la guerra y el único al que Klein no asiste; esto evita enfrentamientos con Ferenczi, quien apoya a la escuela vienesa.

Ferenczi muere el 1933 y ese año marca el comienzo de una época difícil en la vida de Klein. Melitta es elegida miembro pleno de la Sociedad y comienza un análisis con E. Glover. A partir de este momento se va generando una fuerte oposición de ambos a las teorías y a la persona de Klein que va a tomar proporciones desmesuradas dentro de la Sociedad Británica, generándose un largo período de intensas disputas y fragmentaciones partidarias.

Diferentemente de Anna Freud, Melanie Klein consideraba el juego como un material susceptible de interpretación para la situación transferencial.

---

<sup>7</sup> Klein, M, *Amor, Culpa e Reparação*, 1996, pág. 253.

Para ella los juegos eran equivalentes a las fantasías, dando acceso a la sexualidad infantil y a la agresividad: en torno de ellas se podía instaurar una relación transferencial-contratransferencial entre el niño y el analista.

Melanie Klein confirió lugar capital a la pulsión de muerte, concepto que no obstante estaba lejos de gozar de unanimidad en el centro del mundo psicoanalítico. Radicalizando la posición de Freud, Melanie hizo de la angustia la consecuencia directa de la acción de la pulsión de muerte en el núcleo del organismo. Esas consideraciones también estaban presentes en su concepción de las fases o posiciones por las que pasaba el niño: la posición esquizoparanóide, que traduciría el modo de relación de los cuatro primeros meses de existencia, sería caracterizada por una unión entre las pulsiones sexuales y las pulsiones agresivas, por un objeto vivido como parcial y clivado en “bueno” (gratificador) y “malo” (frustrador).

En la posición esquizo-paranóide, escribe Hanna Segal<sup>8</sup>, la angustia dominante proviene del temor de que el objeto o los objetos persecutorios penetren en el Yo, aplastando o aniquilando el objeto ideal y el “self”. Dos mecanismos psíquicos serían dominantes en esa fase: la introyección y la proyección.

---

<sup>8</sup> Hanna Segal, *Introdução à obra de Melanie Klein*, 1975.



Instalándose cerca de los cuatro meses, la posición depresiva seguiría a la posición paranoide, siendo a su vez superada alrededor del final del primer año. El objeto ya no es parcial, siendo aprehendido por el niño como total, el clivaje "bueno"- "malo" ya no es tan categórico como otrora. La angustia es de naturaleza depresiva y está relacionada al temor de perder y de destruir la madre. Ante sus angustias, el niño desarrolla varios tipos de defensa y de actividades reparadoras, que constituyen la primera fuente de creatividad y de sublimación. La posición esquizoparanóide y la posición depresiva vuelven a hacerse presentes posteriormente en la vida, en especial en el adulto acometido de paranoia, de esquizofrenia o de estados depresivos.

En abril de 1934 muere el segundo hijo de Klein, Hans, en un accidente. Esto la afectó muy intensamente. En ese año se nacionaliza inglesa, siendo esto posible por su pasaporte sueco.

En 1935 se inician las conferencias de intercambio entre Londres y Viena. Anna Freud publica "*El yo y los mecanismos de defensa*" (se publica dos años más tarde). En esa época comienza el período de cinco años en los que D. W. Winnicott supervisa con Klein.

En 1937 se publica "*Amor, Odio y Reparación*", de Melanie Klein y Joan Rivière. En esa época nace Michel, su primer nieto, hijo de Erich y su esposa Judy (Diana nacerá en 1942). Erich cambia su apellido<sup>9</sup> por Clyne.

La pre-guerra intensifica las dificultades de los analistas continentales e incrementa el éxodo, comenzado en 1933 tras el incendio del Reichstag y que se dirige principalmente hacia Inglaterra. La Sociedad Británica y Ernest Jones, en especial, se ocupan intensamente de la situación de los analistas continentales que en 1938 constituían un tercio de la Sociedad.

El 11 de marzo de 1938, Alemania invade Austria y el 6 de junio Freud llega a Londres. Klein le hace llegar una carta de bienvenida en la que manifiesta su deseo de verlo, a lo que Freud responde con una nota breve de agradecimiento, expresando que espera verla en un futuro próximo. Este encuentro no se realiza nunca. El 3 de septiembre de 1939 se declara la guerra y veinte días después muere Freud. Klein se encuentra ya en Cambridge con Susan Isaacs y al año siguiente se instala en Pitlochry, donde tiene lugar el análisis de "Richard" en 1941. En ese período Jones se retira y E. Glover pasa a ocupar el primer lugar en la Sociedad Británica. En septiembre de 1941, Klein regresa a Londres. A las polémicas con relación a determinados puntos de la teoría, se sumaban discusiones acerca de las condiciones de formación y al manejo político de la Sociedad.

---

<sup>9</sup> El cambio de apellido de uno de los hijos de Melanie es interesante porque significa una especie de rechazo hacia el apellido de su padre (la teoría de la psicosis de Lacan dice que al psicótico le faltaría el primer

En la reunión anual del 29 de julio de 1942, se concierta un encuentro mensual dedicado a la discusión de las diferencias científicas y se forma una comisión para armar el programa: Glover, Brierly y J. Strachey. Las reuniones comienzan en octubre de ese mismo año y se extienden a lo largo de dos años, se las conoce como las Controversias. Klein expone su última contribución a las Controversias el 1 de marzo de 1944: "*La vida emocional del niño*". En ese momento Glover ya había renunciado y poco después Melitta se traslada a los E.E.U.U., donde se dedica a tratar delincuentes y toxicómanos.

No volverá a verse con su madre hasta el 16º Congreso Psicoanalítico Internacional, en Zurich, 1949. En esa oportunidad no se hablan, de hecho nunca se reconcilian aunque hay varios indicios del profundo dolor que esto ocasiona a Klein. Este Congreso es sumamente importante; en él es notorio el peso de los analistas norteamericanos, al punto que Jones es reemplazado en la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) por el psiquiatra Leo Bartemeier, luego de 17 años de ocupar la presidencia. Klein vive esto como un triunfo del annafreudismo, aunque en el congreso también están los latinoamericanos que se habían trasladado a Londres para formarse. Se encuentra con J. Lacan, cuyas teorías no le interesan pero sí su apoyo para la difusión de sus ideas en Francia. Acuerdan que él traducirá "*El psicoanálisis de niños*" al francés, lo que al final no se

---

significante, el del nombre-del-padre). De todos modos muchos europeos americanizaron sus apellidos por buenos motivos.

concreta y la obra de Klein aparece en las ediciones PUF en 1959, colección dirigida por Lagache.

Se edita un número especial del *"International Journal of Psycho-Analysis"* dedicado a los 70 años de Klein. El 1º de febrero de 1955 se funda la Asociación Melanie Klein "... asociación que se ha formado para defender mi obra en el futuro" (Carta a P Heimann). Paula Heimann renuncia a la Asociación Melanie Klein a fines de noviembre de ese año, luego que la misma Klein se lo solicita.

Esta última década fue sumamente difícil para Klein a causa de la fuerza que tenían sus opositores. Al año siguiente D. W. Winnicott es elegido presidente de la Sociedad Psicoanalítica Británica. En 1957 se publica *"Envidia y gratitud"*.

Ernest Jones muere en 1958, a los pocos meses de publicado el último tomo de su obra *"Vida y Obra de Sigmund Freud"* Klein queda muy apenada y reduce sus actividades, estando además aquejada de osteoartritis progresiva. Posteriormente se le declara una anemia y finalmente se le detecta un cáncer de colon. La operan a principios de septiembre de 1960, pero sufre complicaciones y finalmente muere el 22 de septiembre de 1960.

#### **D. Complejo de Edipo Temprano**

Fue originalmente Sigmund Freud quien introdujo el concepto de complejo de Edipo. Fundamentándose en los datos de la clínica, descubrió que en las mentes inconscientes de sus pacientes neuróticos se manifestaban fantasías de incesto con el genitor del sexo opuesto, aliadas al celo y al odio homicida contra el genitor del mismo sexo. Complementó su entendimiento, basándose en el antiguo mito griego de Edipo el cual sin saber mató al padre y se casó con la madre narrado entre otros por Sófocles y por Séneca. El complejo de Edipo es entendido genéricamente como "un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres"<sup>10</sup>, cuya importancia reside por ejemplo en sus efectos sobre la estructuración de la personalidad, y sobre la constitución de diferentes instancias como el Superyo y el Ideal del Yo.

Para Freud el complejo de Edipo conduce al niño a un temor a la castración. Esa ansiedad de castración, hace que el niño reprima sus impulsos hacia la madre, abandonándola como objeto de deseo e identificándose con el padre. Según Freud es en éste momento cuando se desarrolla el Superyo. Ya en el complejo de Electra, la niña desea tener el amor de su padre y sustituir a la madre identificándose con ella. Freud creía que la ausencia de pene era para las niñas la evidencia de la castración y, como consecuencia de la envidia del pene, deseaban

---

<sup>10</sup> Laplanche J, y Pontalis J., *Diccionario de Psicoanálisis*, 1981, pág. 61; y; Kaufmann, P. *Diccionario Enciclopédico de Psicoanálisis*, 1996, pág. 136.

ser poseídas por el padre para rescatar su pene.<sup>11</sup> La fantasía de recuperar el pene es anterior a la aceptación de la diferencia sexual, a la que por otro lado, concede Melanie muchísima importancia (muy acertadamente). Porque una vez simbolizada la diferencia sexual, el deseo de lo que a la niña le “falta” se desplaza hacia el bebé.

Algunas investigaciones basadas en la observación de niños como los estudios de Melanie Klein, han puesto de manifiesto algunos datos que contradicen las teorías freudianas sobre la identidad sexual. Freud consideraba que el complejo de Edipo tenía inicio en torno de los tres o cuatro años, entretanto ella observó que niños de dos años y medio ya manifestaban fantasías y ansiedades edipianas. Aparte de esto, las tendencias pre-genitales y genitales, parecían estar envueltas en estas fantasías y desempeñar un importante papel en las ansiedades edipianas.

En la teoría kleiniana el único período que podría considerarse preedípico es el anterior al pasaje del pecho al pene. Klein cree que el niño entra al Edipo temprano al final de la etapa depresiva. Ella utiliza el concepto "fálico" como "pecho", como objeto parcial, no en el sentido que le da Freud. Para Melanie, El Edipo Temprano sucede a las posiciones Esquizo-paranoide y Depresiva, de modo que el niño entraría en el Edipo cuando, según Freud, está en la etapa anal.

---

<sup>11</sup> Kaplan, H. Y cols. *Sinopsis de Psiquiatría*. 1996. Pág. 47.

Melanie Klein no puso en duda la importancia del complejo de Edipo, tampoco su definición de base pero si contestó la teoría freudiana en dos aspectos muy importantes para la comprensión total del desarrollo de la personalidad del niño: el reconocimiento del pene como el único órgano sexual y consecuente ignorancia de la vagina antes de la adolescencia; el corte entre los tiempos arcaicos de la madre y los tiempos edipianos del padre.<sup>12</sup>

<b>COMPLEJO DE EDIPO</b>	
<b>MELANIE KLEIN</b>	<b>SIGMUND FREUD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los deseos y fantasías genitales están presentes desde el nacimiento, coexistiendo, bajo la primacía oral, con deseos y fantasías uretrales y anales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los deseos genitales tempranos surgen en la etapa fálica, resultantes de la evolución de las etapas previas de la libido.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La primacía genital se encuentra muy relacionada a la posición depresiva (Segunda mitad del primer año). La niña conoce desde el inicio la existencia de la vagina. La ansiedad de castración en cada sexo tiene contenidos específicos. En la niña recae sobre los contenidos buenos de su cuerpo, por lo que la envidia del pene es secundaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la fase fálica la lógica en ambos sexos corresponde a fálico-castrado. La niña experimenta envidia primaria del pene, desconociendo la vagina hasta la pubertad. La "falta" en la madre, su deseo por el padre, orienta el deseo de la niña hacia él. Deseo de un niño del padre.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tanto en la niña como en el varón el Complejo de Edipo comienza tempranamente con el pasaje del pecho al pene, relacionado con la posición depresiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La niña tiene un apego prolongado a la madre, considerado como fase preedípica. El resentimiento por la castración fálica la aleja y funda el Complejo de Edipo.</li> </ul>

<sup>12</sup> Kauffmann, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud y Lacan*, 1996, pág. 140.

Sobre el Edipo en Freud, la niña entra en el Edipo, como el niño, en plena etapa fálica, y cuando acepta que no tiene pene, este deseo es trasladado a su equivalente, el niño (del padre). La salida del conflicto requiere aceptar la imposibilidad de actualizar el deseo inmediatamente, y posponer su realización a la edad adulta. Esto hace referencia a la lógica presencia/ausencia del significante fálico, y la importancia del pene/niño como símbolo del objeto de deseo de la madre, y por tanto de la mujer. Esto tiene que ver con la dificultad de la niña para aceptar la falta en la madre, y su deseo. Hay una hostilidad, una queja en la niña respecto a su madre, que no le ha dado pene, pero sobre todo en la medida en que el deseo de la madre esté localizado en un niño fálico (que ella, la niña, no puede ser). Esto iluminaría en parte la difícil relación de Melanie con sus hijos, y la hostilidad de Melitta. Esta dificultad para llegar a la cuestión de fondo del deseo femenino. El análisis de niños pequeños proporcionó a Melanie demostrar que el complejo de Edipo no es simplemente un amor por el genitor del sexo opuesto y un odio por el genitor rival del mismo sexo. Para el niño los sentimientos están mezclados enfatizando un complejo de Edipo invertido, en que tanto los niños como las niñas aman al genitor del mismo sexo y con él se identifican.<sup>13</sup>

En 1928, en *“Los Estadios Tempranos del Complejo de Edipo”*, Melanie consideró el complejo como el organizador de las pulsiones genitales durante todo el desarrollo infantil, y lo ubicó en las fases pre-genitales. Esta ubicación temprana se va a intensificar a lo largo de su obra. Melanie plantea como hipótesis la

---

<sup>13</sup> Hinshelwood, 1992, pág.75.



existencia de un complejo de Edipo temprano, comprendiendo por tal la relación edípica como la experimenta el bebé al comienzo de la posición depresiva, vale decir, la experimenta en términos pregenitales antes de alcanzar la genitalidad.<sup>14</sup> Esto significa que el bebé, en un comienzo, define su relación con sus padres en términos orales, así como también fantasea que sus padres intercambian entre sí gratificaciones que al principio son orales, pero que bien pronto comienzan a ser también anales, uretrales, etc., (está proyectando sus impulsos pregenitales), hasta que finalmente desemboca en el complejo de Edipo propiamente dicho, fundado ya en la genitalidad.

En los desarrollos teóricos previos a la formulación de la posición depresiva considera que las frustraciones orales (destete) constituyen el factor principal en la liberación de las tendencias edípicas.

La ansiedad persecutoria junto a la búsqueda de reencontrar las gratificaciones que se obtuvieron con el pecho impulsa tanto a la niña como al varón hacia el pene, con el que se revive la doble relación conflictiva. Por lo tanto queda desvinculado el complejo de Edipo de la fase fálica tal como la describe Freud. Sus orígenes pasan a ser ubicados en las fases pre-genitales y la fase fálica tiene para Klein las características de fase genital completa.

---

<sup>14</sup> Hanna Segal, 1987, *Introducción a la obra de Melanie Klein*, pág. 121.

Las investigaciones de Melanie sobre los estados primitivos del complejo de Edipo, la llevaron a disentir en algunos aspectos importantes, de las formulaciones de Freud sobre la sexualidad femenina y, sobre la importancia de la fase fálica.

Para Klein, la niña tiene fantasías de poseer ella misma todo el contenido del cuerpo de la madre, en especial el pene del padre dentro de la madre y a sus bebés. Demostró que el complejo de Edipo no es simplemente un amor por el genitor del sexo opuesto y el odio por el del mismo sexo. Con el concepto de complejo de Edipo invertido Melanie trajo a la luz el comportamiento sexual de la niña y sus implicaciones, es decir, las niñas tanto aman como se identifican con la madre y los niños aman al padre y a la vez se identifican con él.<sup>15</sup>

Como el niño, los contenidos del cuerpo de la madre, incluyendo el pene, pueden ser sentidos como muy buenos o muy malos, pero bajo el impacto de la frustración y de la envidia primitivas ella se vuelca aún más hacia el pene de su padre sobre todo en el interior de la madre, para posteriormente percibirlo como un atributo externo del cuerpo de su padre, de un modo oral incorporativo. Ella observó que la niña toma conocimiento de la vagina de forma primitiva y la actitud oral pasiva es transferida de la boca para la vagina preparando el terreno para una posición edipiana genital. En esta actitud primitiva para con la madre,

---

<sup>15</sup> Hinshelwood, 1992, *Dicionário do Pensamento Kleiniano*, pp. 74 y 75.

hay elementos tanto del desenvolvimiento heterosexual como del homosexual.<sup>16</sup> El complejo de Edipo en el niño sufrió cambios enfáticos a los ojos de la teoría kleiniana. El alejamiento primitivo del pecho para el pene ocurre igual que la niña, estableciendo los fundamentos para la posición femenina del niño. Es importante resaltar que el niño no imagina el pene y sí un objeto simbólico. La lucha del niño entre esa posición femenina en la que se aleja del pecho materno para acercarse al pene paterno y su posición masculina que le induce a identificarse con el padre y desear la madre, le conduce a la ambivalencia, característica de la posición depresiva. El pasaje a la relación triádica, o sea, del pecho al pene, se sostiene tanto en la fantasía oral de incorporación para calmar la frustración con relación al pecho como en la necesidad de buscar un nuevo objeto que amortigüe las fantasías retaliativas que sufre en relación con los ataques fantaseados al cuerpo materno.

La contribución de Melanie tanto para la teoría como para la práctica psicoanalíticas se centra en las relaciones de objeto primitivas que lanzaron luz a la sexualidad tanto masculina como femenina, revelando en ambos sexos una toma de conocimiento primitiva de la vagina y la importancia de las fantasías relacionadas con el cuerpo de la madre y sus contenidos. La sexualidad femenina aparece tal cual es, y no como una versión castrada de la sexualidad masculina. La posición femenina del niño adquirió mayor importancia, resaltando la importancia de las fases pre-genitales y de las relaciones de objeto parcial en el desenvolvimiento tanto del complejo de Edipo como del Superyo.

---

<sup>16</sup> Segal, H. 1976. *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, págs. 18 y 19.

Los análisis tempranos muestran que el conflicto de Edipo se hace presente en la segunda mitad del primer año de vida, y que al mismo tiempo el niño comienza a modificarlo y a construir su Superyo. Según Melanie, el Superyo no solo precede el complejo de Edipo, sino que también promueve su desenvolvimiento. El Superyo aparece mucho más temprano de lo que se relataba en la teoría clásica, y con características bastante salvajes – orales, uretrales y anales. Percibe estos impulsos y los proyecta en los padres. Como esta posición es esencialmente oral, el niño ve a la madre incorporando el pene del padre. Esta nueva visión de Klein, le permitió seguir la compleja acción recíproca entre fantasías inconscientes del niño y su experiencia real y el modo como gradualmente el niño desarrollaba una relación más realista con sus objetos externos<sup>17</sup>.

En el X Congreso Internacional de Innsbruck describe el inicio temprano del complejo de Edipo en relación con el cuerpo de la madre. En su teorización se destaca la fase femenina, considerada el inicio del Edipo en ambos sexos. Consiste en la identificación con la madre en la fase anal-sádica, tanto por parte de la niña como del varón. Esta identificación es la resultante de la confluencia del impulso epistemofílico y el deseo de tomar posesión y atacar el interior del cuerpo materno, deseo vehiculizado en las características orales y anales de las fantasías de este período. Para Klein el complejo de Edipo empieza a desarrollarse durante la posición depresiva de la que es parte integrante. Cuando

---

<sup>17</sup> Segal, H., *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, 1975, pp. 13 y 14.

la madre es percibida como objeto total, el niño se da cuenta del vínculo que existe entre su padre y su madre. Las proyecciones alteran las percepciones del niño y, cuando se da cuenta del vínculo libidinal entre sus padres, proyecta en ellos sus propios deseos libidinales y agresivos. La percepción del niño sobre sus padres como siendo parte de sus proyecciones, origina sentimientos de aguda privación, celos y envidia, ya que los padres son vistos como dándose mutuamente gratificaciones que el niño desea para sí mismo<sup>18</sup>.

El niño fantasea diferentes ataques de agresividad y destrucción a los padres. A su vez, los padres son inmediatamente introyectados y sentidos por el niño como parte de su mundo interno, o sea, el niño no tiene sólo que lidiar con un pecho y una madre internos destruidos, sino también con la pareja de padres internos destruida de la situación edipiana primitiva.

En 1932, Jones presenta un trabajo muy importante en el que afirma que la fase fálica descrita por Freud no es una etapa normal del desarrollo sino una formación neurótica en ambos sexos. De esta manera, tanto Jones como Klein sostienen una sexualidad femenina en la que la envidia al pene es secundaria a la angustia de castración y no primaria como pensaba Freud. En épocas posteriores, con la formulación de la posición depresiva, el comienzo del complejo de Edipo va a coincidir con el establecimiento y elaboración de dicha posición. Esto ubicará la problemática con relación al pasaje a objetos totales, en cuanto relacionarse con

---

<sup>18</sup> Segal, H., *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 117.

una madre completa lleva al registro de una diferencia y un vacío que propulsa hacia el padre.

Los comienzos del complejo de Edipo se dan en el siguiente contexto: inmadurez del Yo, predominio oral, similar comienzo en ambos sexos, posición depresiva, y polimorfismo funcional con fluctuaciones rápidas. Como vemos, el énfasis irá desplazándose desde las vicisitudes de la libido hacia la complejidad de las relaciones objetales. Aunque los orígenes del Edipo siguen vinculados a la oralidad, se desligan de la fase de sadismo máximo y se acentúa la importancia del conflicto de amor y odio y, por lo tanto, los aspectos amorosos en la relación con los padres.

Los problemas edipianos están siempre relacionados al influjo de envidia, celos y agresividad. Las defensas pertenecientes a las posiciones esquizoparanoide y depresiva son activadas contra la situación de privación, celos, envidia, aguda destructividad y resultante depresión. La división (*splitting*) de los padres en buenos y asexuados y padres malos y sexuados, siendo uno transformado en ideal al paso que el otro es sentido como el perseguidor. Puede haber una extrema idealización del genitor deseado y el extremo odio y persecución experimentadas con relación al genitor rival.

En el complejo de Edipo aparece la fantasía de los padres combinados<sup>19</sup>, que es cuando el bebé percibe a la madre como objeto total y no hace diferencia entre el padre y la madre. El pene, la madre, el padre y el pecho hacen parte del todo como forma de defensa para no percibir la relación sexual y disminuir la ansiedad. Gradualmente los padres se tornan más plenamente diferenciados y su relación sexual suscita celos y envidia. El niño por defensa, puede retroceder a la fantasía de los padres combinados volviendo a la posición esquizoparanoide. Mientras tanto, la agresividad del niño suscitada por la relación sexual de los padres es proyectada en esa figura. Los padres en relación sexual odiada, se tornan un monstruo odioso y amenazador. Es esa figura terrorífica la que muchas veces forma el núcleo de las pesadillas y delirios persecutorios de los niños.

El primitivo complejo de Edipo es caracterizado por la agudeza de la ambivalencia, por la predominancia de las tendencias orales y por la elección incierta del objeto sexual. Ambos padres son deseados y odiados. Los objetivos libidinales se desarrollan a partir del objetivo oral primitivo – la incorporación oral del seno o del pene – seguido de los deseos uretrales y anales hasta el deseo genital pleno. Para que la supremacía genital sea establecida el niño pasa por constantes fluctuaciones, sobreposición y conflictos entre diferentes deseos, incitando el niño a experimentar y a elaborar todo el impacto del celo genital.

---

<sup>19</sup> Hinshelwood, 1992, pág. 75.

Tanto para el niño como para la niña el primer objeto de deseo es el seno materno y el padre es visto como un rival. No obstante el pene del padre pasa a ser un objeto alternativo de deseo oral al que él puede volver alejándose del seno, como consecuencia de las ansiedades persecutorias y depresivas experimentadas por el niño en cuanto al seno de la madre.

Para la niña la primera aproximación oral del pene es una manifestación heterosexual, preparatoria para la situación genital y para el deseo de incorporar el pene en su vagina. A la vez esto contribuye para tendencias homosexuales ya que el deseo oral está vinculado a la incorporación y a la identificación, y con el deseo de poseer un pene propio.

Respecto al niño, la aproximación al pene de su padre como alternativa sustitutiva del seno de su madre es primariamente un movimiento para la homosexualidad pasiva. Sin embargo, la aproximación al pene del padre le ayuda a fortalecer la heterosexualidad. Desde muy temprano las situaciones orales vienen seguidas de deseos anales, uretrales y genitales y, por esto la aproximación al pene del padre viértese en una posición genital, en deseo de tener relaciones sexuales con el padre y recibir los bebes de él.

Los sentimientos depresivos relacionados al daño que siente el niño en haber causado al cuerpo de la madre y al seno, constituyen estímulo para el desenvolvimiento de tendencias genitales con intención de restituir el cuerpo de la



madre, restituyéndole la leche de los senos, los bebés y el pene. El niño para tener el amor del padre reprime su amor por la madre, causa de sus fantasías libidinosas, permaneciendo ligado al padre por una fijación redoblada que podría tornarse la base para una actitud homosexual permanente.

La rivalidad de la niña por el padre, el deseo de tomar el lugar de la madre en su amor, lleva a fantasías sádicas de los tipos más diversos. El deseo de destruir el cuerpo de la madre está ligado a un poderoso sentimiento de culpa que refuerza la fijación en la madre. Las niñas en esta edad demuestran afecto exagerado por la madre, afecto calcado en la ansiedad y en el sentimiento de culpa, seguido de un distanciamiento del padre. Para defenderse de estas tendencias condenadas por el Superyo los niños apelan para sus tendencias homosexuales, fortaleciéndolas y creando el Complejo de Edipo "Invertido". Este desenvolvimiento se manifiesta en una fuerte fijación de la niña en la madre o del niño en el padre<sup>20</sup>.

Con el desenvolvimiento de la genitalidad la elección entre los padres se torna más definida y duradera: el padre del sexo opuesto como el objeto de deseos libidinales, mientras la rivalidad y la identificación aumentan en cuanto al del mismo sexo. El bebé renuncia parcialmente a los deseos homosexuales aceptando su propio sexo.

---

<sup>20</sup> Klein, M., 1996, pág. 201.

La masturbación se torna predominantemente genital. Las fantasías del niño se centran en la relación sexual con la madre y en los miedos de la castración. Las de la niña en la relación sexual con el padre y en la ansiedad en cuanto a ataques de su madre.

La amenaza de castración tiene como contenido primario y fundamental el temor al vaciamiento y destrucción del cuerpo del bebé. Pasa a poseer especificidad en ambos sexos en lo que se refiere a los genitales masculinos y femeninos y la capacidad de procreación, la cual está ligada básicamente a las ansiedades de la posición depresiva y a la posibilidad de reparar los objetos amados.

Algunos puntos de semejanza de Lacan con Melanie Klein están en que ambos insisten en la relación ambivalente que tiene el niño con respecto a ambos progenitores: ama a la madre en tanto suministro de afecto y alimento (apoyo anaclítico) y al mismo tiempo la odia en razón del fuerte vínculo afectivo con el padre de donde el niño se siente excluido. Esto lo expresa Klein cuando dice que el niño proyecta su amor y su odio sobre la figura parental combinada, por ejemplo, fantasía temprana en que estos mantienen un coito que los une en una sola persona.

También el niño ama al padre en la medida en que se identifica narcisísticamente con él (el padre es lo que el niño quisiera ser), pero lo odia en

cuanto le priva del vínculo sexual con la madre. El origen de esta agresividad es, sin embargo, entendida en forma diferente según cada autor. Para Melanie Klein no es otra cosa que la directa expresión del instinto de muerte que se manifiesta como fantasías de destrucción del objeto cuando éste frustra. Para Lacan, en cambio, la agresividad, al igual que el conocimiento paranoico, es el resultado de la identificación especular del niño con el otro (previa al Edipo, es decir, ocurre en el estadio del espejo): el niño odiará a ese otro con el que se ha identificado porque disfruta del cuidado y atención de la madre.

Otra diferencia que se podría señalar es que M. Klein da mayor importancia que Lacan a los aspectos pregenitales del vínculo con los padres, centrándose Lacan más en el vínculo genital (falo). Para M. Klein, en efecto, hacia la mitad del primer año de vida el niño ingresa en el Edipo temprano, y subsisten aún aquí poderosos deseos orales, uretrales, anales, etc. de la posición esquizo-paranoide anterior, aún cuando poco a poco irán dominando los deseos genitales y los objetos totales. Los deseos orales, más concretamente, se transfieren del pecho materno al pene paterno<sup>21</sup>. Los deseos genitales se unen a los deseos orales, y se dirigen también hacia la madre. Los deseos del pene materno están ligados a los celos hacia la madre, pues el bebé siente que ésta está recibiendo el codiciado objeto.

---

<sup>21</sup> Klein Melanie, *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*, Obras Completas, Tomo III, 1974.

En Melanie Klein, el pene del padre, codiciado y odiado, existe no sólo como parte del cuerpo del padre (esto aparece en Lacan ya en el segundo tiempo del Edipo, cuando el niño advierte que el padre tiene algo que la madre desea), sino también como objeto que está en el interior de la madre (primer tiempo de Lacan) y también en el interior del bebé (tercer tiempo de Lacan, cuando el niño pasa a 'tener' un falo como el del padre).

Hay aún otras comparaciones posibles entre ambas posturas. Para Melanie Klein, los estadios tempranos del Edipo ayudan al niño a aliviar su ansiedad depresiva: ésta ansiedad se desvía en cierta forma de la madre (se diluye el temor a perderla) y se dirige hacia el padre, que es introyectado como objeto total. Esta situación generará nuevas ansiedades vinculadas con celos, envidias y rivalidades. En Lacan, a cambio, el Edipo cumple una función primordial en cuanto permite al sujeto acceder a su subjetividad, adquiriendo identidad propia, es decir, acceder al orden de la cultura por la mediación de la Ley del incesto.

Considero que, en última instancia, ambos pensadores intentan describir y explicar el complejo de Edipo como un proceso de elaboración de una pérdida, y por ello Melanie Klein lo inscribe en la posición depresiva, y por ello Lacan lo inscribe dentro de una estructura de falta. Probablemente la gran pérdida que el niño intenta elaborar es, en el fondo, la pérdida del vínculo de índole sexual con la madre, que, en el caso de Jacques Lacan se resuelve identificándose con el

padre, 'teniendo un falo' igual al suyo, y en el caso de Melanie Klein se resuelve internalizando el pene como objeto total, es decir, bueno y malo al mismo tiempo.

Para J. Lacan, la neurosis infantil es el conjunto de vicisitudes por las que traviesa el niño para adquirir su identidad mediante sucesivos procesos de identificación, la última instancia para des-alienarse, para dejar de considerarse un otro que no es él (la imagen especular, el falo materno). Para M. Klein, en fin, la neurosis infantil es un conjunto de procesos donde las ansiedades psicóticas son ligadas, elaboradas y modificadas. Comienza en el primer año (Edipo temprano) y termina al comienzo del periodo de latencia (coincidencia con Lacan), momento en el cual se logran modificar aquellas ansiedades tempranas.

## E. El Superyo Temprano

Para Sigmund Freud el Superyo es una consecuencia de la influencia del complejo de Edipo en la vida futura del individuo.

SUPERYO	
MELANIE KLEIN	SIGMUND FREUD
<ul style="list-style-type: none"> <li>El Superyo se origina en la introyección del pecho, en primer lugar. La estructuración del Superyo va incluyendo, por introyección, el pene paterno y objetos totales maternos y paternos, terroríficos y protectores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herederio del complejo de Edipo, el que se despliega en la etapa fálica, el Superyo se forma por internalización de la autoridad paterna.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las diferencias estructurales entre el Superyo del hombre y de la mujer no implican diferente fuerza. Esto se debe a que su formación no está supeditada a la castración fálica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Superyo femenino es más débil que el masculino, a causa de la inoperancia de la amenaza de castración en la mujer. La niña logra sólo imperfectamente el sepultamiento del Edipo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oscila entre considerarlo una forma global de encarar una parte de la “asamblea de ciudadanos” del mundo interno, por un lado, y considerarlo una estructura psíquica coherente, por el otro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura psíquica diferenciada y permanente.</li> </ul>

La idea de un Superyo operando muy tempranamente en la mente infantil es uno de los primeros postulados de Melanie Klein. Sus primeras observaciones corresponden al historial de Rita en su obra de 1926<sup>22</sup>, “*Los Principios del Análisis Infantil*”. En él atribuye la culpa observable en el análisis de

<sup>22</sup> Klein, M., *Amor, Culpa e Reparação*, 1996.

niños de poca edad a la misma causa que en los adultos: tensión entre el Yo y el Superyo. En esa primera etapa de su teorización sostiene que el origen del Superyo es la introyección de los padres edípicos pero que su inicio es anterior a la descripción de Freud.

En ese mismo año Jones escribe un artículo postulando la importancia de los factores innatos en la formación del Superyo y sostiene que la severidad del mismo deriva de los impulsos sádicos de los niños (*The origin and structure of the super-ego*).

En 1928<sup>23</sup> Klein afirma que la conexión entre la formación del Superyo y las fases pregenitales del desarrollo son muy importantes porque por un lado, el sentimiento de culpa se vincula con las fases oral y anal-sádicas que están predominando y, por otro, el Superyo empieza a existir mientras estas fases están en ascenso, lo que explica su sádica severidad.

En esa época Klein sostiene que las frustraciones orales (destete) desencadenan tanto las tendencias edípicas como la formación del Superyo, pero aún no afirma que el Superyo aparece desde los comienzos. Al avanzar en su teorización va ubicando cada vez más tempranamente este origen, que por lo tanto queda cargado de un carácter más intensamente oral.

---

<sup>23</sup> Klein, M., *Estadios iniciales del conflicto edipiano*. En: *Amor, Culpa e Reparação*, 1996, pág. 214.

En este período teórico en que aún sostiene la postulación de las fases libidinales de Abraham, supone coincidente el inicio de la formación del Superyo con la "fase de sadismo máximo", correspondiente con la fase oral secundaria. Esta coincidencia explicaría la enorme severidad del Superyo.

En 1933<sup>24</sup> considera el Superyo arcaico, junto con el complejo de Edipo temprano, surgiendo de frustraciones orales e iniciándose a los 6 meses. Dos años más tarde adelanta aún más la aparición de impulsos sádicos hacia el pecho y el interior de la madre, en la medida en que va abandonando el esquema de Abraham, hasta que en 1944 - 54 el concepto de "fase de sadismo máximo" desaparece. En esa misma época desliga definitivamente los comienzos del Superyo del complejo de Edipo y ubica sus orígenes en la introyección de objetos parciales.

En 1948 afirma que el desarrollo del Superyo es previo e independiente del complejo de Edipo, se origina en la escisión y proyección del instinto de muerte y condiciona el desarrollo del Complejo de Edipo. Ya en 1935<sup>25</sup> había opinado que los objetos incorporados tempranamente forman la base del Superyo.

---

<sup>24</sup> Klein, M., El desenvolvimiento inicial de la consciencia en el niño. En: Amor, Culpa e Reparação, 1996, pág. 283.

<sup>25</sup> Klein, M., Una Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. En: Amor, Culpa e Reparação, 1996, pág. 301.



La evolución del concepto de Superyo está íntimamente relacionada a la del concepto de posiciones. El Superyo tiene un doble origen, con aspectos buenos y malos. La introyección del primer objeto, el pecho materno, constituye el núcleo del Superyo en ambos sexos. En la relación con objetos parciales, a la internalización del pecho se suma la internalización del pene y ambos, en sus aspectos buenos y malos, se constituyen en los primeros objetos internos protectores y auxiliares, por un lado, y atacantes y agresivos, por el otro. A esto se va sumando las internalizaciones de los padres como objetos totales y como figuras combinadas. La evolución del Yo y del Superyo sucede en forma paralela, formándose ambos a través de una larga serie de introyección, proyección y reintroyecciones, en una compleja relación dialéctica entre el mundo interno y el mundo externo. A lo largo de todo el proceso, se mantiene una estrecha relación entre el desarrollo del Yo, el Superyo y el complejo de Edipo. Este modo de conceptualizar el origen del Superyo implica que el carácter del mismo corresponde más a una función que puede ser asumida por diferentes objetos internos, correspondientes a distintos momentos introyectivos-proyectivos, que a una estructura definitiva.

Ya no es necesario recurrir al concepto de "fase de sadismo máximo", pues la severidad extrema del Superyo precoz se explicaría por la relativa debilidad del Yo, el predominio de las fantasías agresivas y la intensa repercusión de las vivencias de frustración en el moldeado de las ansiedades. Dicha severidad

ocasiona que el niño pequeño experimente intensas ansiedades, de características psicóticas, y las defensas estén orientadas hacia esas ansiedades. Esto lleva a una clínica centrada en la angustia provocada por las fantasías destructivas (transferencia negativa).

Klein sostiene que el Superyo tiene distintas características en el varón y en la mujer. Considera que, en la mujer, la ausencia de un órgano genital externo incrementa las ansiedades relativas al estado interior de su cuerpo, además de reforzar la posición masculina. Esto conduce a que el mundo interno tenga mayor relevancia en la vida emocional de la niña. La naturaleza receptiva de su órgano genital y la necesidad de contrarrestar las intensas ansiedades provocadas por los objetos internos persecutorios (materno y paterno) lleva a una mayor intensidad de los procesos introyectivos, comparativamente con el varón.

Los aspectos sublimatorios activos corresponden a identificaciones con el Superyo masculino (paterno). La combinación de las identificaciones con el padre bueno, tanto en la posición femenina como en la masculina, otorga una cualidad particular al Superyo de la niña, estableciendo una intensa relación de dependencia y admiración hacia ese objeto interno. La última fase en el pensamiento kleiniano acerca del Superyo corresponde a 1958, cuando atribuye la

formación del mismo, además de a procesos introyectivos, a un clivaje dentro del Yo por el cual una parte se enfrenta a otra parte<sup>26</sup>.

## **F. Teoría de las Posiciones**

La teorización cada vez más detallada con relación al mundo interno, como un mundo de objetos internos más que de instancias psíquicas organizadas, impulsos o funciones, lleva a Klein a diseñar la teoría de las posiciones. Esto le dará un marco teórico más acabado a una clínica a través de la cual Klein concluye que las primeras experiencias del lactante inician una relación de objeto, inaugurando una dialéctica proyectiva-introyectiva ligada a la vida de fantasías del niño.

Las posiciones constituyen polos entre los cuales oscila la vida psíquica. Se definen a través, justamente, de la posición del niño con relación al objeto: características del objeto, características de la ansiedad, métodos defensivos en relación a dicha ansiedad. Esta teoría implica el abandono del esquema de las

---

<sup>26</sup> Lo que se enfrenta ahí, en términos lacanianos, es el Ideal del Yo, digamos benéfico, y el Yo Ideal, funesto porque corresponde a la identificación con un objeto idealizado que se vuelve persecutorio para el Yo. Lacan continúa esta idea de Melanie, así como la utilización de los dos términos por parte de Freud, pero no como si se tratara de un clivaje o escisión, sino como partes procedentes de distintos momentos: un

fases libidinales para pasar a una conceptualización en la que la angustia, las defensas, el amor y la agresión se articulan con problemas de organización y estructuración del mundo objetal.

Para Melanie estos conjuntos de ansiedades y defensas, no se limitan a este período, aunque aparecen inicialmente durante las fases más precoces. Ellos resurgen durante los primeros años de la infancia y ulteriormente bajo determinadas condiciones.

Las ansiedades, defensas y relaciones de objeto que constituyen cada posición se vehiculizan en fantasías inconscientes. Tanto los impulsos libidinales como los agresivos son vivificados por el niño como un accionar sobre los objetos de dichos impulsos. Klein considera que la fantasía inconsciente proporciona la matriz a partir de la cual se desarrollan las funciones mentales superiores. El concepto de fantasía inconsciente es uno de los conceptos kleinianos debatidos en las Controversias, las que tuvieron lugar en la Sociedad Británica en 1943-4 con el objetivo de discutir los puntos centrales de la teoría kleiniana.

En el XII Congreso Internacional de Lucerna, en 1934, considera las intensas ansiedades del lactante como equiparables a las del psicótico y las compara con la ansiedad del paranoico y del melancólico. En dicho Congreso

---

Superyo a partir del núcleo imaginario del Yo, y un Superyo a partir de la inscripción simbólica de la ley, y su aceptación, tras el Edipo.

describe por primera vez la posición depresiva en el trabajo, *“Una contribución a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos”*. En 1938, lo hará en el XV Congreso (París) en *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*.

A fines de 1946, en su trabajo *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, presentado ante la Sociedad Británica, postula la posición esquizo-paranoide, describiendo en forma organizada los procesos primitivos que ya aparecían en escritos anteriores.

#### **a) La Posición Esquizo-paranoide**

La conceptualización de la posición esquizo-paranoide es el corolario de la evolución de la temprana teorización kleiniana acerca de la existencia de temores persecutorios fantasmáticos en los niños pequeños y la capacidad de los mismos de disociar el objeto. El paso intermedio en la evolución de la teoría consistió en considerar un estado paranoide rudimentario como una etapa precoz del desarrollo situado en la fase anal primaria. Posteriormente, al describir la posición paranoide, Klein la considera el primer tipo de relación de objeto de la fase oral, con aspectos ideales y aspectos persecutorios.

Mantiene la diferenciación de Abraham entre objetos parciales y objetos totales, otorgándoles características nuevas. Postula que las relaciones de

objeto parcial, la escisión y la ansiedad persecutoria se presentan juntas y preceden a la integración.

En 1942, toma de Fairbairn el término esquizo y denomina a la primera posición esquizo-paranoide a fin de destacar la coexistencia de la escisión y la ansiedad persecutoria. La posición esquizo-paranoide es la primera fase del desenvolvimiento del niño y se caracteriza por la relación con objetos, por la prevalencia de la división (splitting) en el Yo y en el objeto, y por la ansiedad paranoide<sup>27</sup>.

Desde una época temprana de su teorización, Klein sostiene que la ansiedad se origina en la acción interna del instinto de muerte. La alteración del equilibrio pulsional es inaugurada por el nacimiento y se repite cada vez que privaciones de origen interno o externo intensifican las pulsiones agresivas. Según Melanie Klein<sup>28</sup>, ya existe suficiente Yo en el nacimiento para experimentar ansiedad, usar mecanismos de defensa y formar relaciones de objeto primitivas en la fantasía y en la realidad. Describe también un mecanismo de defensa primitivo que es la deflexión del instinto de muerte, que ocurre en el inicio de la vida. Su concepto de realización de deseo alucinatorio implica un Yo capaz de formar una relación de objeto en la fantasía. **¡Error! Marcador no definido.**

---

<sup>27</sup> Segal, H., *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 143.

<sup>28</sup> Segal, H., *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, 1975.

Klein considera que el niño está en un conflicto pulsional entre la libido y la agresividad desde el inicio, conflicto que encara a través de la deflexión del instinto de muerte y la constitución de un objeto escindido. Supone la existencia de un Yo temprano, débil y no integrado pero no obstante capaz de instrumentar, bajo la acción de las pulsiones de vida, los primeros mecanismos de defensa: escisión, proyección, introyección. Estos mecanismos son de defensa ante la ansiedad de aniquilamiento. Ese Yo incipiente registra la angustia, se relaciona con un primer objeto y opera mecanismos de defensa primitivos y, por lo tanto, extremos. Dicho de otro modo, opera con fantasías relacionadas con un objeto. En relación a las características de ese Yo, Klein manifiesta su acuerdo con Winnicott en cuanto a considerarlo carente de cohesión y con una tendencia a integrarse que alterna con una tendencia a desintegrarse.

*Un Yo que posee ciertos rudimentos de integración y cohesión y progresa constantemente en esa dirección. También realiza desde el comienzo de la vida postnatal algunas funciones fundamentales; por ejemplo usa los procesos de escisión y la inhibición de deseos instintivos como algunas de sus defensas contra la ansiedad persecutoria, vivenciada por el Yo a partir del nacimiento<sup>29</sup>.*

El Yo primitivo es ampliamente desorganizado aunque posee desde el inicio una tendencia a la integración. Bajo el impacto del instinto de muerte y de intolerable ansiedad, esa tendencia se aleja y ocurre una desintegración defensiva<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Klein, M. y cols., *Os Progressos da Psicanálise*, 1978, pág. 228.

<sup>30</sup> Segal, H., *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, 1975.

Es sabido que los puntos de fijación de las psicosis están en los primeros meses de la niñez temprana. El sujeto retrocede a una etapa donde estaban presentes perturbaciones patológicas, creando bloqueos para el desenvolvimiento y constituyendo los puntos de fijación. A partir de las primeras experiencias el lactante se relaciona con un objeto parcial bueno, resultante de la proyección de la pulsión de vida (pecho bueno) y con un objeto parcial malo, resultante de la proyección de la pulsión de muerte (pecho malo). Cuando la disociación se realiza bajo predominio de la pulsión de muerte encontramos que las características del objeto cambian de bueno a idealizado y de malo a persecutorio, terrorífico. Las características de tales objetos están, por lo tanto, íntimamente relacionadas con las características de los impulsos que sobre ellos se proyectan. El pecho como primer objeto, y los objetos que se internalizan posteriormente, adquieren en los momentos en que el bebé atraviesa estados de frustración y odio las características oral-sádico, sádico-anales y sádico-uretrales de las pulsiones del lactante.

El Yo inmaduro del bebé es expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la polaridad innata de los instintos – el conflicto entre el instinto de vida y el instinto de muerte, y expuesto al impacto de la realidad externa que a la vez le produce ansiedad por el trauma del nacimiento, como también le da la vida a través del calor, del amor y del alimento recibidos de su madre. Confrontado con la ansiedad producida por el instinto de muerte, el Yo



puede proyectar y convertir el instinto de muerte en agresividad. El Yo se divide (splits) y proyecta esa parte que contiene el instinto de muerte en el objeto externo original: el seno. El seno es sentido como conteniendo una gran parte del instinto de muerte del bebé, y sentido como malo y amenazador para el Yo, originando así el sentimiento de persecución. El miedo del instinto de muerte es transformado en miedo del perseguidor. La intrusión del instinto de muerte en el seno es generalmente sentida como dividiéndolo (splitting) en varias partes, de modo que el Yo sea confrontado con una multitud de perseguidores. Parte del instinto de muerte que permanece en el Yo es convertida en agresividad dirigida contra los perseguidores.

Así como el instinto de muerte es proyectado a fin de evitar la ansiedad, así también la libido es proyectada, con el objeto de crear un objetivo que va a satisfacer el esfuerzo instintivo del Yo por la preservación de la vida.

La introyección del pecho bueno constituye el núcleo del Yo. El interjuego de proyección-introyección lleva en un segundo momento a la internalización del pene paterno. Se trata de objetos parciales tanto por constituirse a partir de una parcialidad del objeto causada por el dominio de la pulsión oral como por tener sólo una cualidad: bueno o malo. Se puede decir que el objeto parcial es totalmente bueno o totalmente malo. Las privaciones, al intensificar las pulsiones agresivas, generan la voracidad con el consiguiente

aumento de la frustración y, por lo tanto, de la ansiedad persecutoria. La voracidad es una emoción básicamente oral, muy vinculada a la envidia.

*Los detalles de sus fantasías sádicas determinan el contenido de su temor a los perseguidores internos y externos y, en primer lugar, el pecho retaliativo (malo). Como los ataques fantaseados dirigidos contra el objeto son fundamentalmente influidos por la voracidad, el temor a la voracidad del objeto, debido a la proyección, constituye un elemento esencial de la ansiedad persecutoria: el pecho malo devorará al bebé con la misma voracidad con que él desea devorarlo. Sin embargo, aún durante el estadio primitivo, la ansiedad persecutoria es en cierta medida contrarrestada por la relación del lactante con el pecho bueno<sup>31</sup>.*

Considera que la fórmula instintual está constitucionalmente determinada, aunque toma en cuenta las características reales del vínculo en cuanto a su capacidad de acrecentar o atemperar la ansiedad persecutoria.

*El hecho de que una buena relación con la madre y con el mundo ayuda al bebé a superar sus primeras ansiedades paranoides, arroja nueva luz sobre la importancia de las primeras experiencias(...) sólo desde que sabemos más sobre la naturaleza y contenido de sus primeras ansiedades y el interjuego constante entre sus experiencias reales y su vida de fantasía, podemos comprender plenamente porqué el factor externo es tan importante<sup>32</sup>.*

El pecho gratificador que ha sido internalizado bajo el dominio de la libido de succión es sentido como completo y actúa como núcleo del Yo, contrarrestando los procesos de escisión y dispersión y favoreciendo la integración. O sea, que la introyección estable del objeto bueno es una

---

<sup>31</sup> Klein, Melanie y cols., *Os Progressos da Psicanálise*, 1978, pág. 219.

<sup>32</sup> Klein, Melanie y cols., *Os Progressos da Psicanálise*, 1978, Cita de la pág. 262, del artículo de Klein de 1934, *A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States*.

precondición para el desarrollo normal. Desde muy temprano el Yo tiene una relación con el objeto primario, el seno, que es dividido en dos partes: el seno ideal y el seno persecutorio. La fantasía del objeto se funde con las experiencias gratificantes de amor y alimento recibidos de la madre externa real, mientras la fantasía de persecución se funde con experiencias reales de privación y sufrimiento.

En la posición esquizo-paranoide, la ansiedad es predominantemente paranoide, puesto que el objeto perseguidor penetra en el Yo y domina tanto el objeto ideal cuanto el propio Yo.

En lo que se refiere a los mecanismos de defensa encontramos que el mecanismo de la escisión es central en la obra kleiniana. Cuando Klein toma el término esquizoide remarca la tendencia del Yo a escindir el objeto y a sí mismo. La escisión como movimiento fundante va intrínsecamente acompañada de la deflexión (desviación) del instinto de muerte, inaugurando la dialéctica proyección-introyección.

Contra la ansiedad de aniquilación el Yo desenvuelve una serie de mecanismos de defensa. En situaciones de ansiedad la división es ampliada y la proyección y la introyección son utilizadas para mantener los objetos persecutorios e ideales lo más lejos posible uno del otro. La proyección es utilizada

tanto para lo bueno cuanto para lo malo. En algunas situaciones el objeto bueno es proyectado a fin de mantener el Yo libre de la maldad interna<sup>33</sup>.

La división está relacionada a la idealización creciente del objeto ideal, para mantenerlo distante del objeto persecutorio y de tornarlo impermeable al mal. La extrema idealización también está en conexión con la negación omnipotente. Otra manera en que la negación omnipotente puede ser usada contra la persecución excesiva es a través de la idealización del propio objeto perseguidor, tratado como ideal.

La escisión es la defensa más primitiva contra la angustia generada por la operancia del instinto de muerte. El objeto de las pulsiones eróticas y destructivas es escindido en un objeto bueno y en un objeto malo, los cuales tienen una autonomía relativa entre sí. La división del objeto se realiza principalmente por la fragmentación de los impulsos y su proyección, secundariamente por las características de gratificación o frustración de la relación con el objeto. En la medida que el interjuego de introyección y proyección está en el origen del Yo, la escisión del objeto implica la escisión del Yo.

Klein va acentuando su carácter funcional, discriminador y fundante de las diferenciaciones psique-soma. Es el principal mecanismo que, junto a la proyección e introyección, va organizando un mundo interno diferenciado a partir de la indiscriminación inicial. Su modalidad va cambiando acorde a la

---

<sup>33</sup> Segal, H., *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 38.

complejidad del mundo interno y al predominio del instinto de muerte o no en su aplicación.

*(...) existen grandes variaciones en la fuerza, frecuencia y duración de los procesos de escisión (no solamente en individuos distintos sino en un mismo niño en distintos momentos). La rápida alternancia, o incluso, según parece, simultaneidad, de una multitud de procesos, es parte de la complejidad de la vida emocional temprana. Por ejemplo, podemos ver que juntamente con la escisión del pecho en dos aspectos, amado y odiado(bueno y malo) existe una escisión de distinta naturaleza que origina la sensación de que el Yo, así como su objeto, está despedazado; estos procesos subyacen a los estados de desintegración. Estos estados(...)alternan con otros en los que va en aumento el grado de integración del Yo y la síntesis del objeto<sup>34</sup>.*

Esto significa que la fragmentación puede o no dominar en los primitivos procesos de escisión. Con la posterior profundización de los conceptos de identificación proyectiva y envidia, Klein va precisando las modificaciones cualitativas de la escisión en la construcción del mundo interno.

En el desarrollo normal del individuo, Melanie considera fundamental que en la más temprana infancia tenga lugar la división entre el objeto bueno y el malo, entre el Yo que ama y el Yo que odia. Esta disociación favorece la integración (aunque en forma rudimentaria) que sólo es posible si en la fusión, el instinto de vida predomina sobre el de muerte. Cuando la experiencia mala predomina sobre la buena caracteriza una patología<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Klein, Melanie y cols., *Os Progressos da Psicanálise*, 1978, pág. 222.

A partir de la proyección del instinto de muerte se desarrolla otro mecanismo de defensa, la identificación proyectiva. En la identificación proyectiva - partes del Yo y de objetos internos son expelidos y proyectados en el objeto externo - se torna poseído y controlado por las partes proyectadas, identificándose con ellas.

La identificación proyectiva tiene múltiples objetivos: evitar la separación, destinándose para el objeto ideal; obtener el control sobre la fuente de peligro destinándose para el objeto malo. Las partes malas del Yo son proyectadas con intención de librarse de ellas así como para atacar y destruir el objeto. Las partes buenas son proyectadas para evitar la separación o mantener lejos de las cosas malas internas o aún para mejorar el objeto externo a través de una primitiva reparación proyectiva. La identificación proyectiva tiene inicio cuando la posición esquizo-paranoide es establecida con relación al seno, intensificándose cuando la madre es percibida como un objeto total y todo su cuerpo es penetrado por identificación proyectiva<sup>35</sup>.

Dentro de los desarrollos teóricos de la posición esquizo-paranoide es de fundamental importancia el concepto de identificación proyectiva, sumamente relacionado a las problemáticas y destinos de la escisión. La identificación proyectiva es utilizada como una defensa contra una separación inminente y como medio de controlar el objeto y atacar a los rivales, esto es, los bebés no nacidos. Es

---

<sup>35</sup> Segal, H., *Introdução a Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 67.

<sup>36</sup> Segal, H., *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 39.

la forma más primitiva de empatía y también provee la base de la forma más primitiva de formación simbólica. El Yo forma sus primeros y más primitivos símbolos por la proyección de partes de sí mismo en el objeto y por la identificación de partes del objeto con partes del Yo. Cuando los mecanismos de proyección, introyección, división, idealización, negación e identificación proyectiva e introyectiva no consiguen dominar la ansiedad y los impulsos hostiles, el Yo se fragmenta y se divide en pequeñas partes a fin de evitar la experiencia de ansiedad. Estas partes fragmentadas del Yo son inmediatamente proyectadas, y esta identificación proyectiva es patológica.

La experiencia de la realidad es por defecto, percibida como una persecución, suscitando violento odio de toda esa experiencia de realidad tanto interna como externa. El sufrimiento producido por la realidad conlleva la identificación proyectiva patológica, que a su vez, hace que la realidad se torne aún más persecutoria y penosa.

El astillar del Yo es un intento de deshacerse de toda la percepción y es el aparato perceptual lo que es primariamente atacado, destruido y obliterado. La percepción de la realidad es dependiente de estado, es decir, implica la forma como la realidad es interpretada y sentida. De ahí viene la culpa imaginaria. La desintegración es la más desesperada de todas las tentativas del Yo para evitar la ansiedad. Es típico de defensas esquizoides el método de proyectar partes malas del Yo dividido en varios fragmentos. La división (splitting) es la base para la

represión. Si la división primitiva fue excesiva y rígida, la represión posterior será de una rigidez neurótica excesiva. Ya cuando ocurre el revés, la represión será menos mutiladora y el inconsciente permanecerá en mejor comunicación con la mente consciente. La ansiedad persecutoria y la idealización están interligadas a la división, y en cierto grado es condicional para la capacidad de reconocer, apreciar y reaccionar a situaciones verdaderas de peligro en las condiciones externas<sup>37</sup>. La idealización es la base de la creencia en la bondad de los objetos y en la propia bondad, y es precursora de las buenas relaciones de objeto.

Las modalidades de la escisión inciden en forma directa en las modalidades que toman posteriormente las defensas obsesivas y la represión. Klein considera la represión un procedimiento más exitoso para detener y modificar las ansiedades. Aparecería en el segundo año de vida sobre las bases de diferenciación e integración logradas a través de mecanismos más tempranos. La idealización se relaciona, por un lado, con la gratificación alucinatoria de deseos que sustentaría la creencia en un seno gratificador en forma ilimitada y, por otro, en la necesidad de defenderse del seno perseguidor. En este mecanismo intervienen, además, la negación y el control omnipotente.

Durante la posición esquizo-paranoide hay momentos de integración del objeto y del Yo, que implican un comienzo de la ambivalencia, aunque en relación con objetos parciales. El progreso en los procesos de síntesis atenúa la

---

<sup>37</sup> Segal, H. *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 47.



escisión objeto bueno-objeto malo y lleva a que el niño se relacione con su madre como una totalidad. Esto inaugura la posición depresiva e inicia el complejo de Edipo temprano. En pacientes esquizofrénicos el complejo de Edipo se queda fijado en la etapa oral, y es caracterizado no por los celos, y sí por intensa envidia de la relación entre los padres<sup>38</sup> El bebé esquizoide se siente cercado por objetos hostiles desintegrados, y sus vínculos con la realidad o están rotos o son muy penosos, así como su capacidad en establecer vínculos y de integración están rotas. Para que la posición esquizo-paranoide dé lugar a la próxima etapa del desenvolvimiento, la precondition necesaria está en que predominen las experiencias buenas sobre las malas. A través de la disminución de mecanismos proyectivos ocurre una creciente diferenciación entre Yo y objeto. Así se prepara el camino para la posición depresiva.

## **b) La Posición Depresiva**

Para Klein la posición depresiva constituye un "progreso" con relación a la posición esquizoparanoide, si bien ambas posiciones pueden alternarse y aún coexistir en algunas circunstancias.

---

<sup>38</sup> Segal, H., *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 70.

La posición depresiva fue definida por Melanie Klein<sup>39</sup> como la etapa del desenvolvimiento en que el bebé reconoce un objeto total (la madre, que por veces puede ser buena, por otras puede ser mala, presente o ausente, amada u odiada) y se relaciona con ese objeto. Reconocer a la madre como una persona total significa reconocerla también como un individuo que lleva una vida propia y que tiene relaciones con otras personas<sup>40</sup>.

El cambio de la relación de objeto de parcial a total, marca la entrada en la posición depresiva modificando las ansiedades y, por lo tanto, las defensas. De los tres a los seis meses se observa un mayor desarrollo de las funciones yoicas y de la organización fantasiosa del bebé, la instauración del pecho bueno disminuye los procesos de escisión y los estados de integración son cada vez más frecuentes.

Es evidente que como lo afirma Klein el pecho no es un objeto físico, sino que confluyen en él la totalidad de los deseos y fantasías inconscientes que le infunden cualidades que van mucho más allá del alimento, y aún metafóricamente de la interpretación que proporciona.

La ansiedad aquí es depresiva, y es en esta fase que el Yo termina de constituirse. Las defensas son las mismas, pero en tanto defienden al Yo de la

---

<sup>39</sup> Segal, H., *Introdução á Obra de melanie Klein*, 1975, pág. 80.

<sup>40</sup> La diferencia entre la utilización de los kleinianos del concepto de objeto total, y la utilización que hace Lacan, es que para Lacan, todo objeto es siempre imaginario, hasta que pasa por la inscripción de la falta, de la diferencia sexual, en el Edipo. Lo que supone tanto como renunciar a ese primer objeto total

angustia depresiva devienen defensas maníacas. El temor en este caso es haber dañado al objeto y la ansiedad depresiva va acompañada de culpa por ese daño imaginario al objeto. El sujeto percibe sus impulsos destructivos dirigidos al objeto, el objeto se integra y es amado y odiado al mismo tiempo. Su consecuencia es la ambivalencia. Es el amor y el odio, no hacia objetos distintos (pecho bueno o pecho malo), sino hacia el mismo objeto. Esta integración de objeto permite una mayor integración del Yo. El objeto unificado es vivido como dañado. Sigue habiendo disociación entre un objeto total vivo y otro total dañado y moribundo. En esta fase ocurre la integración del Yo y del objeto simultáneamente. La percepción de los objetos es menos deformada porque disminuyen los procesos proyectivos y aumenta la integración del Yo.

La madre es percibida como objeto total, el bebé es capaz de recordarla, o sea, de acordarse de las gratificaciones anteriores en las ocasiones en que ella parece estar privándole, como también de acordarse de experiencias anteriores de privaciones cuando ella le está gratificando. El bebé se da cuenta de que la persona que ama y la que odia es la misma y se deprime. El bebé se enfrenta con conflictos relacionados a su propia ambivalencia. Este cambio en la integración del Yo y del objeto conduce al cambio en el foco de las ansiedades del bebé<sup>41</sup>.

---

imaginario. Para Melanie en cambio es una superación de la escisión objeto bueno-amado/objeto malo-odiado.

La ambivalencia es ahora hacia un objeto total, los procesos de integración y síntesis hacen que el conflicto entre el amor y el odio surja muy claramente, en el marco de un mayor reconocimiento de la realidad psíquica. La ansiedad se modifica cualitativamente. El bebé está expuesto a la vivencia de pérdida porque las pulsiones agresivas ponen en peligro al objeto amado. La identificación del bebé con la madre cambia en el momento en que el bebé la percibe como objeto total. La madre es sentida como un refugio ante los temores persecutorios pero también se la considera expuesta al ataque de los perseguidores internos e, incluso, al propio odio y sadismo del bebé.

La pérdida de la realidad psíquica del objeto total confronta al niño a una nueva gama de sentimientos, al dolor y a la tristeza se agrega la culpa, por cuanto la omnipotencia lo lleva a considerar que el peligro que corre el objeto es consecuencia de sus propios impulsos y fantasías. El temor a la pérdida intensifica la identificación con el objeto y la voracidad, la cual debe ser inhibida. Los métodos defensivos se aplican ahora a la ansiedad depresiva. Klein considera tan importantes las defensas maníacas que en cierto período de su teorización habló de posición maníaca (1935-1940). Su objetivo es negar la realidad psíquica en cuanto es fuente de dolor y temor depresivos, esto implica cierta negación de la realidad exterior. Esta negación puede implicar la negación del amor. La tríada maníaca está constituida por: control-triunfo-desprecio. El control omnipotente,

---

<sup>41</sup> Segal, H., *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pp. 81 y 82.

por estar aplicado ahora a la ansiedad depresiva, es utilizado para evitar la frustración y la consiguiente agresión, la que constituiría un peligro para el objeto.

En la posición esquizo-paranoide, la principal ansiedad es la de que el Yo será destruido por el objeto u objetos malos. En la posición depresiva, la principal ansiedad es la de que sus propios impulsos destructivos destruyan el objeto que ama y del que depende totalmente. La modificación del uso de la escisión consiste en que su aplicación deriva en un objeto indemne y un objeto muerto o moribundo, siendo el temor a que los objetos internos estén muertos o moribundos, el núcleo de la aflicción en los estados depresivos. Los sentimientos de culpa ante la creencia de haber dañado al objeto amado ponen en marcha la tendencia a la reparación, originada en las pulsiones de vida. Klein considera unidas la culpa y la reparación. El niño vivencia la reparación de sus objetos en íntima relación con los logros de su propio desarrollo, de esta manera las ansiedades paranoides y depresivas van modificándose a lo largo de la primera infancia.

*En este estadio, el deseo de reparar al objeto dañado entra en juego de lleno. Según hemos visto anteriormente, esta tendencia se halla inextricablemente ligada a sentimientos de culpa. Al sentir el bebé que sus pulsiones y fantasías de destrucción están dirigidos contra la persona total de su objeto amado, surge la culpa en toda su fuerza y, junto con ella, la necesidad dominante de reparar, preservar o revivir el objeto amado dañado. En mi opinión, estas emociones conducen a estados de duelo; y las defensas movilizadas, a tentativas por parte del Yo a superar el duelo. Puesto que la tendencia a reparar deriva en última instancia del instinto de vida, origina fantasías y deseos libidinales. Esta tendencia forma parte de todas las*

*sublimaciones y constituirá, a partir de este estadio en adelante, el medio más poderoso por el cual se mantiene a raya y se disminuye la depresión<sup>42</sup>.*

Son sumamente importantes en la reparación del objeto las defensas obsesivas, las que pueden también estar relacionadas a la ansiedad paranoide. El equilibrio entre las defensas obsesivas y las maníacas será determinante en la relación con el objeto que se teme dañado. Al igual que en la posición esquizo-paranoide, Klein considera que un uso adecuado de las defensas disminuye la ansiedad y promueve la integración, pero un uso excesivo de las mismas dificulta y puede impedir la elaboración de las problemáticas específicas de cada posición, persistiendo constelaciones fantasiosas que constituyen puntos de fijación.

En esta posición el Yo está más integrado y las proyecciones disminuyen. Aparecen sentimientos de incapacidad, de reparación, de desesperanza, de persecución, de pérdida y de culpa que afectarán significativamente la vida adulta. El bebé se torna consciente de sí mismo y de sus objetos como separados de él. Se torna consciente de sus propios impulsos y fantasías, empezando a discernir fantasía de realidad externa. Hay un fortalecimiento del Yo por el crecimiento y por la asimilación de objetos buenos que son introyectados en el Yo y también en el Superyo<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Klein, M. y cols. Trad. Portugués 1978: *Os Progressos da Psicanálise*, pág. 233.

<sup>43</sup> Segal, H., *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 86.

Los procesos introyectivos de la posición depresiva son intensificados por la necesidad de poseer el objeto, de mantenerlo dentro y de protegerlo de su propia destructividad, ya que el bebé descubre que depende del objeto por ser independiente de él.

La experiencia de la depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar su objeto o sus objetos destruidos. El bebé, creyendo que sus propios ataques destructivos han sido responsables de la destrucción del objeto, cree también que su propio amor o su propio cuidado pueden deshacer los efectos de su agresividad. El fracaso en la reparación lleva al desespero; su éxito a la esperanza renovada. La resolución gradual de ansiedades depresivas y la recuperación de objetos buenos, pueden ser obtenidas por la reparación hecha por el bebé.

El bebé más bien integrado está expuesto a nuevos sentimientos como la culpa, experiencia depresiva que surge del sentimiento de haber perdido el objeto bueno a través de la propia destructividad, así como el duelo y la voracidad por el objeto bueno, sentido como perdido y destruido. El mundo interno del bebé es sentido como dividido en muchas partes: la que amó y la que destruyó y por eso, nunca más disponible en el mundo externo. Agudos sentimientos de pérdida son experimentados, como también de culpa y de desesperanza en cuanto a recuperarlo. La pérdida del objeto conlleva la pérdida del Yo y de ahí el carácter abrumador que tiene esta pérdida.

La culpa devendrá duelo y la culpa llevará al concepto de reparación. Esta reparación permitiría creer en la posibilidad de la cura por el amor, pero se ve en los casos clínicos que Klein presenta, cómo esa reparación es siempre fallida. La reparación forma parte de la posibilidad de sublimar y será lo que mantenga a raya la depresión. El duelo permitirá la identificación renovando la posibilidad de renovar los lazos con el mundo externo.

En esta posición el Yo es llevado por ansiedades depresivas que construyen fantasías omnipotentes y violentas, con la intención de controlar y dominar los objetos peligrosos, y para rescatar y restaurar los objetos amados. Sin una negación parcial y temporaria de la realidad psíquica, el Yo no soportaría la ‘tragedia’ que le amenaza cuando la posición depresiva llega a su cumbre.

Encontramos en la posición esquizo-paranoide los puntos de fijación de la esquizofrenia y la paranoia; en los inicios de la posición depresiva los puntos de fijación de la manía y la melancolía. Como es evidente, el concepto de posición reformula el de regresión, el cual es en la teoría kleiniana un movimiento relativamente fluido entre las distintas ansiedades y defensas. Me he referido a los efectos de los procesos de síntesis sobre la ansiedad; desde el punto de vista de las pulsiones, la integración del objeto y del Yo fortalece las pulsiones genitales, las que a su vez son otra fuente de intensificación de las identificaciones con el objeto.



Conjuntamente con la posición depresiva se inicia el complejo de Edipo temprano, ya que los procesos de integración llevan a la necesidad de preservar al pecho y a la madre como objeto total, estimulando el pasaje al pene paterno y al padre; y al reconocimiento del tercero. El bebé necesita proteger al objeto y al Yo de la intensificación y modificación de la agresión provocada por las frustraciones orales (destete) y la dentición. En su mente persisten fluctuaciones en el grado de integración y discriminación de los objetos, el complejo de Edipo temprano tiene como principal escenario la pareja combinada, es decir, el cuerpo de la madre conteniendo el pene paterno. El inicio del complejo de Edipo en la posición depresiva tiene importantes implicaciones, además del temor a la castración el amor por los objetos edípicos tiene fuerte incidencia en la renuncia edípica.

En la medida en que la posición depresiva es gradualmente elaborada, el bebé se torna capaz de reconocer sus impulsos, de sentir responsabilidades por ellos y de tolerar la culpa. Si esta posición depresiva fue bien elaborada en su momento, los duelos posteriores serán exitosos. El complejo de Edipo permite que los objetos parciales desempeñen su papel mientras se establece la relación con los objetos totales. Por eso puede haber envidia hacia los objetos parciales, coexistiendo con la elaboración de la posición depresiva, que es la de constituir los objetos como totales.

Respecto a los objetos ideal y persecutorio, al aproximarse de la posición depresiva, el Superyo se torna más integrado y es experimentado como un objeto interno total, ambivalentemente amado. Los daños a ese objeto dan origen a los sentimientos de culpa y de auto-reproche. En las fases primitivas de la posición depresiva, el Superyo aún es sentido como muy severo y perseguidor, y en la medida en que se establece más plenamente la relación de objeto total, el Superyo pierde algunos de sus aspectos monstruosos y se aproxima más a la imagen de padres buenos y amados. El Superyo no sólo es fuente de la culpa sino también objeto de amor, sentido por el niño como un auxiliar en su lucha contra sus impulsos destructivos.

La elaboración de la posición depresiva es crucial en la capacidad posterior de elaborar duelos. Su superación supone la introyección estable del objeto amado y el establecimiento de la capacidad de reparar y simbolizar. Es alejar el interés del pecho materno más que alejarse de la madre, lo que incrementará la posibilidad de simbolizar y sublimar. Aunque los aspectos fundamentales se dan en la segunda mitad del primer año de vida, se va elaborando a lo largo de la primera infancia a través de la neurosis infantil, una combinación de procesos mediante los cuales las ansiedades de naturaleza psicótica son ligadas, elaboradas y modificadas. La neurosis infantil termina al comienzo de la latencia, con la modificación de las ansiedades tempranas y el dominio de las pulsiones genitales. Es en el desarrollo de la neurosis infantil donde vemos claramente el accionar de las defensas obsesivas y, a partir del

segundo año, de la represión, mecanismo que, a diferencia de la escisión, no implica el riesgo de la desintegración del Yo. Todos los aspectos del desarrollo contribuyen a la modificación de la ansiedad, la cual a su vez influye sobre dichos procesos.

El sufrimiento del duelo experimentado en la posición depresiva y los impulsos reparadores desarrollados para restaurar los objetos amados, internos o externos, constituyen la base de la creatividad y de la sublimación. Esas actividades reparadoras son dirigidas tanto al objeto cuanto al Yo. Se realizan en parte por preocupación y culpa en relación con el objeto, por el deseo de restaurarlo, preservarlo y darle vida eterna, y en parte en el interés de la autopreservación, más realistamente orientada.

Klein considera que el juicio de realidad es decisivo en el trabajo de duelo, y que en cada situación en que la persona se ve confrontada con el penar por la pérdida de objetos amados se consideran en peligro los objetos internos y la conexión con la realidad tiene como fin restablecer el mundo interno destruido.

Cuando el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, pérdida y recuperación, su Yo se torna enriquecido por los objetos. Su confianza en su capacidad de retener o de recuperar objetos buenos aumenta, como también su creencia en su propio amor y potencialidades.

Si la realidad psíquica es experimentada y diferenciada de la realidad externa, el símbolo es diferenciado del objeto. Es sentido como habiendo sido creado por el Yo y este puede usarlo libremente. La formación simbólica es el producto de una pérdida, un trabajo creativo que envuelve el sufrimiento y todo el trabajo del duelo. La formación simbólica es producto de conflictos y ansiedades pertinentes a la posición depresiva.

La posición depresiva nunca es plenamente elaborada. Las ansiedades relativas a la ambivalencia y a la culpa siempre están presentes, así como las situaciones de pérdida, que reavivan experiencias depresivas<sup>44</sup>.

## **G. El Sentimiento de Culpa Inconsciente**

---

<sup>44</sup> Segal, H., *Introdução à Obra de Melanie Klein*, 1975, pág. 93.

Freud ya había llamado la atención sobre la gran importancia de la culpa inconsciente en 1916, cuando escribió:

El oscuro sentimiento de culpabilidad que pesa sobre la Humanidad desde los tiempos primitivos, y que en algunas religiones se ha condensado en la hipótesis de una culpa primaria, de un pecado original, no es probablemente más que la manifestación de una culpa de sangre que el hombre primordial echó sobre sí<sup>45</sup>. Se entiende por ‘culpa de sangre’ al oscuro sentimiento de culpabilidad edípica o en lenguaje kleiniano sentimiento inconsciente de culpa. En sus interpretaciones Freud expone cuestiones relativas al procedimiento del “*oscuro sentimiento de culpabilidad existente antes del hecho* y cuestiona “*si es verosímil que una tal causación entrañe considerable importancia en los delitos de los hombres*”. Tal cuestionamiento le conduce a la siguiente conclusión:

*El examen de la primera de tales cuestiones prometía descubrirnos la fuente del sentimiento de culpabilidad en general. El resultado de la labor analítica fue el de que tal oscuro sentimiento de culpabilidad procedía del complejo de Edipo, siendo una reacción a las dos grandes intenciones criminales: matar al padre y gozar a la madre. Comparados con éstos, los delitos cometidos para la fijación del sentimiento de culpabilidad habían de ser realmente un alivio para el sujeto atormentado. Hemos de recordar, a este respecto, que el asesinato del padre y el incesto con la madre son los dos magnos delitos de los hombres, los únicos perseguidos y condenados como tales en las sociedades primitivas<sup>46</sup>.*

---

<sup>45</sup> Freud, *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte* (II), 1915.

<sup>46</sup> Freud, *Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad* (III) Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica, 1916.

El concepto freudiano de Superyo (1923) incrementó la idea de tener la culpa como el centro de la evolución del carácter. Freud asocia la culpa al masoquismo relacionándola con la necesidad de punición. Melanie está de acuerdo con Freud en que el comportamiento criminal es una externalización de la culpa inconsciente. Los ataques de severidad del Superyo sobre el Yo son reflejados en el mundo exterior. El criminal recurre a la sustitución (castigo) como forma de punición externa a fin de disminuir los efectos de los estados internos, sádicos y terroríficos. La externalización es para Melanie una defensa contra un objeto persecutorio interno aterrador, eso es, el temido sentimiento inconsciente de culpa. Para Freud la culpa inconsciente es una fuerza que impulsa a la autopunición o fracaso. Para Freud es el conflicto entre el Yo y el Superyo – que para Melanie es inherente a la mente – el factor causante de la culpa, es decir cuando el Superyo censura al Yo por transgredir las normas. Melanie liga el factor causal del sentimiento de culpa a la posición depresiva<sup>47</sup>.

Melanie defiende que es de la ambivalencia característica de la posición depresiva, de donde nace la culpa como también el deseo de reparación<sup>48</sup>.

Joan Rivière<sup>49</sup> demostró que en el bebé el odio y los sentimientos de agresividad también dan origen a los estados dolorosos, como sofocamiento, falta de aire y otras sensaciones de este tipo, sentidas como elementos capaces de

---

<sup>47</sup> Hinshelwood, 1992, pp. 282-284.

<sup>48</sup> Kauffmann, 1996, pág. 140.

destruir su propio cuerpo; así, la agresividad, la infelicidad y el miedo vuelven a crecer.

Los impulsos y sentimientos del bebé son acompañados de una actividad mental primitiva: la fantasía o el pensamiento imaginario. El bebé que desea la madre ausente puede imaginarla estando en su presencia y obteniendo satisfacción aunque imaginaria. Las fantasías destructivas acompañan la frustración y los sentimientos de odio que despierta. En las fantasías destructivas, que equivalen a verdaderos sentimientos de muerte, el bebé siente como si en realidad hubiera destruido el objeto de sus impulsos destructivos y continuase destruyéndolo. El bebé encuentra apoyo contra esos miedos en fantasías omnipotentes de carácter restaurador. Si en sus fantasías agresivas el bebé hirió a la madre al morderla y partirla, inmediatamente crea fantasías restauradoras. Pero eso no elimina por completo el miedo de haber destruido el objeto amado. Estos conflictos afectan profundamente el desarrollo de la vida emocional del individuo adulto<sup>50</sup>.

Según Melanie Klein, la agresividad puede generar culpa. Cuando el individuo sabe que está agrediendo a un "objeto total", que posee aspectos buenos y malos, puede sentirse culpado y responsabilizado por lo ocurrido. En sintiéndose culpable, por su conducta agresiva, el camino lleva a la depresión.

---

<sup>49</sup> Klein, M., *Amor, Culpa y Reparación*, 1937, pp. 347 y 348.

<sup>50</sup> Klein, M., *Amor, Culpa y Reparación*, 1937, pág. 349.

Conforme esclarece Hugo Bleichmar (en el libro *"Depresión, un estudio psicoanalítico"*), *"El esquema kleiniano supone, entonces, el siguiente encadenamiento, que tiene carácter de serie casual, de manera que: agresión determina culpa, y esta, depresión"*. Siempre que el individuo tiene impulsos de odio contra el objeto amado, se siente preocupado o culpado. Hay una tendencia a dejar los sentimientos de culpa en segundo plano por el dolor que producen en el individuo. Se manifiestan de distintas maneras y de forma enmascarada, siendo fuente de perturbación en las relaciones personales del individuo.

Una de las máscaras de la culpa es el sentimiento de 'indignidad', es decir, cuando uno no se siente digno de atención o afecto. Otros, es por la insatisfacción consigo mismo sin causa aparente, falta de habilidades sociales, complejo de inferioridad. Estas sensaciones siempre estarán ligadas a sentimientos inconscientes de culpabilidad.

Klein afirma que el motivo por el que algunas personas necesitan tanto de elogios y de la aprobación de los demás es la necesidad de tener pruebas de que son dignas de amor<sup>51</sup>. Esto provoca fuertes conflictos entre los impulsos agresivos y el amor que suscitan sentimientos de culpa y deseo de ofrecer compensaciones.

---

<sup>51</sup> Klein, M., 1937, pág. 350.



En la posición depresiva el niño está más realista, por ver a la madre con aspectos buenos y hostiles, una figura mixta, dañada y apartada de la imagen deseada. Esta nueva imagen de la madre se transforma en fuente de penosas fantasías. Todas las fantasías con base en los impulsos que el bebé reconoce en sí, conducen a un intenso sentimiento de responsabilidad, así como a un agudo pesar. Ese sentimiento de responsabilidad en mi opinión está directamente relacionado con el sentimiento de culpabilidad como responsabilidad por ser quien es, de forma inconsciente<sup>52</sup>.

Sentimientos de amor y gratitud surgen directa y espontáneamente en el bebé como respuesta al amor y a los cuidados de la madre. El amor son las fuerzas que tienden a preservar la vida. Cuando surge el sentimiento de culpa consecuente de este conflicto, adviene el miedo a perder el objeto, tornándose parte integrante del amor e influenciándole profundamente en cuanto a la cualidad y cantidad<sup>53</sup>.

En la mente inconsciente, los impulsos destructivos provocan el deseo de hacer sacrificios, a fin de restaurar las personas amadas que fueron dañadas en la fantasía. El deseo de hacer felices (deseo de reparación) a las personas está

---

<sup>52</sup> Hinshelwood, 1992, pág. 155.

<sup>53</sup> Klein, M., 1937, pág. 352.

relacionado a un intenso sentimiento de culpa, sensación de responsabilidad y preocupación<sup>54</sup>.

El destete (1940) lleva al niño a comprender que el objeto de amor y el objeto de odio son el mismo (1934), facilitando al Yo la síntesis entre los sentimientos de amor y sus pulsiones destructivas. En consecuencia surge la angustia depresiva y el sentimiento de culpa. La introyección del objeto total produce inquietud y dolor ante la posible destrucción de ese objeto. A partir de eso, el bebé experimenta el sentimiento de “perdida del objeto de amor” que implica el miedo a la pérdida y a no conseguir proteger el objeto bueno interiorizado. Temiendo que el objeto amado sea dañado o destruido por su odio, el niño experimenta “... un sentimiento de culpa y una necesidad imperiosa de repararlo” (1957). Esa tendencia a la reparación, característica de la posición depresiva, es consecuencia del sentimiento de culpa<sup>55</sup>. En el inicio Klein se refería a la “ansiedad y un sentimiento de culpa”, mas luego en 1935 distinguió entre ansiedad paranoide de persecución y culpa asociada a la posición depresiva, la que es mencionada como ansiedad depresiva. La ansiedad persecutoria es un temor por el Yo y la ansiedad depresiva un miedo por la supervivencia del objeto amado. En realidad comenta Hinshelwood<sup>56</sup>, la ansiedad es mixta. La interacción de la ansiedad persecutoria y de la culpa, ahora denominada “ansiedad depresiva”, es exactamente compleja. Klein se refiere a la culpa como una

---

<sup>54</sup> Klein, M., 1937, pág. 352.

<sup>55</sup> Kaufmann, 1996, pág. 113.

combinación de las dos ansiedades: la persecutoria y la depresiva. A través de la identificación el sujeto hace la reparación del daño al objeto amado. La identificación con la persona amada hace que el individuo desempeñe igual papel, es decir, de bueno o de malo: recreamos en la fantasía el amor y la bondad que tanto deseábamos en nuestros padres. Esa es también una manera de manejarse con las frustraciones y sufrimientos del pasado. Los resentimientos por las frustraciones y el consecuente sentimiento de odio y venganza, juntamente con el sentimiento de culpa y desespero dan al individuo la impresión de haber herido a los padres. Desempeñando el papel de padres y de hijos amorosos, intentamos en la fantasía inconsciente reparar el daño que hemos hecho y por lo que aún nos sentimos culpados inconscientemente<sup>57</sup>. Para Melanie el acto de hacer reparación es un elemento fundamental del amor y de todas las relaciones humanas.

Para Melanie el casamiento feliz implica un fuerte apego, gran habilidad en compartir y capacidad de sacrificios mutuos. Una mujer con actitudes maternas incita la satisfacción de los deseos de gratificación materna en el hombre. La mujer que mantiene actitudes iguales a las que tenía con el padre, favorece a que el compañero sea visto como el protector igual al padre y, que este compañero desempeñe un papel de protector como sustituto del padre/marido

---

<sup>56</sup> Hinshelwood, 1992, pp. 160 y 161.

<sup>57</sup> Klein, M., 1937, pp. 353 y 354.

bueno para con la madre. De esta manera el hombre tiene la madre sola para sí y viceversa<sup>58</sup>.

La confluencia de odio y amor en la dirección del objeto origina una tristeza que Melanie Klein llamó de ansiedad depresiva, que expresa un tipo arcaico de culpa resultante de sentimientos ambivalentes para con el objeto. Klein sostiene la existencia de la depresión en los niños y su relación con la agresividad y la culpa. Así como Freud, ella también defiende que la culpa y la depresión tienen que ver con perder y plantear un objetivo ambivalentemente amado<sup>59</sup>.

El sadismo del niño disminuye cambiando el Superyo en cuanto al carácter y función, habiendo una disminución de la ansiedad y aumento del sentimiento de culpa<sup>60</sup>.

La ambivalencia de amor y odio por los progenitores lleva a la frustración de los deseos genitales por parte del padre o de la madre, dando origen a intensas fantasías agresivas en el niño.

El impulso de hacer reparación estimulado por la formación de fantasías inconscientes minimiza los miedos y los sentimientos de culpa

---

<sup>58</sup> Klein, M., 1937, pág. 354.

<sup>59</sup> Klein, M., 1929, pág. 200.

resultantes de sus deseos sádicos arcaicos. El impulso sádico estimula la creación de fantasías de reparación. Apenas cuando las fantasías infantiles son transferidas a otras personas sin el sentimiento de culpa o miedo a la retaliación, es que el individuo supera sus frustraciones de amor y/u odio por los padres. Superado el sentimiento de culpa inconsciente por las fantasías infantiles de amor y gratitud sexual del niño con respecto al padre y a la madre, la relación feliz entre dos adultos finalmente se establece. La culpa ligada a esos deseos infantiles es aliviada porque la situación fantaseada en la niñez se torna real de una forma permisible<sup>61</sup>.

Cuando los sentimientos de culpa y los conflictos provocados por estas fantasías no son demasiado fuertes, la reparación se hace de manera más amplia, por facilitar la identificación y proporcionar la empatía. Al contrario, cuando los sentimientos de culpa son demasiado intensos la identificación lleva al exceso de indulgencia por parte de la madre, aumentando el sentimiento de culpa en el niño. Cuando la madre hace por el hijo lo que le gustaría que la suya le hubiera hecho, termina retribuyendo el amor de la madre y compensando los daños hechos en la fantasía, disminuyendo el sentimiento de culpa<sup>62</sup>.

Los sentimientos de culpa estimulan sentimientos protectores suscitados en el hombre por la paternidad. La identificación con el padre bueno, que puede ser tanto el padre real como el idealizado, hace que el hombre viva el

---

<sup>60</sup> Klein, M., 1933, pág. 252.

<sup>61</sup> Klein, M., 1937, pp. 355 y 356.

sentimiento de amor por el hijo, como reflejo de su relación con su propio padre (reparación). El placer y la gratitud de poder dar hijos a su madre, vividos en sus fantasías edípicas, es realizado dando hijos a su mujer, manera por la que se puede identificar sin culpas, eso es, realizar sus deseos inconscientes más arcaicos libre del sentimiento de culpabilidad<sup>63</sup>.

Según Freud (1926) la propia existencia de las pulsiones de vida y de muerte y la percepción en conjunto bajo la forma de ambivalencia, producía la *"inevitabilidad fatal de un sentimiento de culpa"*. Los distintos tipos de ansiedad, en cuanto a impulsos y Superyo, incluían también los sentimientos de culpa como un tipo de ansiedad. El pensamiento de Melanie sigue paralelo al de Freud, afirmando que la consciencia del niño sobre sus sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia la madre, conducen fatalmente al sentimiento de culpa. La ansiedad y el sufrimiento causados por la culpa y las censuras internas y externas de los objetos por quien la culpa es sentida en la posición depresiva<sup>64</sup>.

El sentimiento de culpa y la necesidad de hacer reparación están ligados directamente al sentimiento de amor. Por eso, si el conflicto amor y odio no ha sido adecuadamente elaborado, o la culpa es demasiado intensa, puede incurrir en alejamiento del ser amado o su propio rechazo<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> Klein, M., 1937, pág. 360.

<sup>63</sup> Op. cit., pág. 361.

El miedo a que el objeto de amor se muera por razón de los daños fantasiosos que le son infligidos, torna intolerable la dependencia con relación a esta persona. Algunas personas solucionan ese problema limitando su capacidad de amar negando o suprimiendo a fin de evitar fuertes emociones. Otras utilizan el desplazamiento del amor para defenderse del posible sufrimiento. Para las personas de personalidad dependiente el amor es necesario como apoyo contra el sentimiento de culpa y los distintos miedos. Intentan probar a través de demostraciones de afecto que no son agresivas o tampoco malas<sup>66</sup>.

Mujeres que no consiguen amar y adoptan el papel del hijo se sienten culpables, en sus fantasías que muchas veces son inconscientes, por haber tomado el lugar de la madre. Esto significa que no han podido “rivalizar” con la madre y ser vencidas, sino que siguen queriendo ocupar el lugar de objeto de la madre, o en último término “ser” la madre. Lo que no ha tenido lugar es la pérdida de la totalidad en la madre, la aceptación de la diferencia sexual en la propia madre. Por eso no pueden luego renunciar al objeto –los hijos–, dejar que crezcan y se alejen emocionalmente. Lo mismo puede ocurrir con los hombres y llevar a conflictos matrimoniales. Conflictos del pasado mal resueltos hace que la madre se sienta culpada y como consecuencia necesitará del amor del propio hijo de forma demasiado intensa como forma compensatoria, tornando el hijo totalmente

---

<sup>64</sup> Hinshelwood, pág. 159.

<sup>65</sup> Melanie Klein, 1937, pág. 362.

<sup>66</sup> Melanie Klein, 1937, pág. 363.

dependiente de ella. No aman (función materna) desean ser amadas (papel de hijo).

El sentimiento de culpa también enmascara la deslealtad conyugal. Respecto a esto Melanie Klein plantea que las manifestaciones de infidelidad tienen en común el repetido alejamiento del otro originario, del miedo a la dependencia<sup>67</sup>.

En nuestra opinión, la dependencia lleva directamente al sentimiento inconsciente de culpabilidad producto del miedo a la muerte de las personas amadas, a la pérdida y al abandono.

Complementa Klein que, si no existiera la defensa de la infidelidad, ese *Don Juan* sería acometido de acerbados sufrimientos mentales e intensos sentimientos depresivos. Este mecanismo de defensa reduce en el individuo la indispensabilidad de tener un único objeto de amor, ya que puede ser fácilmente sustituido<sup>68</sup>.

El hombre puede restringir sus sentimientos afectivos, cariñosos y protectores a una única mujer, a su esposa por ejemplo, sin tener satisfacción sexual en esta relación. El hombre reprime sus deseos sexuales o los dirige a otra

---

<sup>67</sup> Klein, M., 1937, pág. 364.

<sup>68</sup> Klein, M., 1937, pág. 363 y 364.



mujer, por miedo a la naturaleza destructiva de su sexualidad, por miedo al padre rival y el sentimiento de culpa relacionado con esa situación es el motivo de esa división entre los sentimientos afectivos y los de carácter específicamente sexual. El hombre ve a la mujer amada y altamente valorada, que es el representante de la madre, como teniendo que ser salvada de su sexualidad, considerada por él como peligrosa en su propia fantasía<sup>69</sup>.

Recuerda Melanie que la mente inconsciente asocia las cosas a partir de criterios ignorados por la mente consciente. Eso hace que las impresiones reprimidas contribuyan a tornar una persona más atractiva que otra para este sujeto. Los deseos sexuales están íntimamente ligados a las fantasías e impulsos agresivos, a la culpa y también al miedo a la muerte de las personas amadas.

Los medios para minimizar el sentimiento de culpa y de pérdida son varios, como por ejemplo: las defensas maníacas, la negación de la realidad psíquica, la negación de la importancia de los objetos amados e internalizados, el desprecio por los objetos amados, el no considerar la pérdida del objeto amado como importante y una forma triunfante y omnipotente de acertar todo<sup>70</sup>.

En una personalidad bien desarrollada siempre queda algo de amor por los padres que reduce el peso de los conflictos infantiles del niño y de la culpa relativa al apego y a la dependencia en cuanto a personas con las que estableció las

---

<sup>69</sup> Melanie Klein, 1937, pág. 364.

<sup>70</sup> Hinshelwood, 1992, pág. 162.

primeras relaciones de amor. El sentimiento inconsciente de culpa debido al odio y celos conduce al niño a actitudes de agresividad para con los hermanos o incluso para con los padres, así como en la vida adulta con las personas en general. Las nuevas amistades ayudan a solucionar dificultades emocionales anteriores de forma totalmente inconsciente, sin que el individuo tenga noción de que los problemas iniciales de su vida así como la manera como los está solucionando, están directamente relacionados a esta relación de afecto. A través de ese proceso, las tendencias en hacer reparaciones toman mayor espacio, el sentimiento de culpa es aliviado, aumentando la confianza en sí mismo y en los demás<sup>71</sup>.

Klein dijo que generalmente la culpa da origen a la preocupación. La preocupación promueve esfuerzos para corregir las cosas, denominando a esto reparación. La reparación es evocada por las ansiedades de la posición depresiva y, conjuntamente con la prueba de realidad, constituye uno de los principales métodos para la superación de la ansiedad depresiva. La reparación es una modificación progresiva de la ansiedad depresiva, esto es, de la culpa. La reparación es una tolerancia a la pérdida y la culpa y responsabilidad por la pérdida<sup>72</sup>.

La agresividad impele el individuo a buscar personas a quienes confiar sus sentimientos de amor, confianza y admiración, para alejarse de los conflictos y deseos sexuales relacionados con los padres. Con esto el individuo

---

<sup>71</sup> Klein M., 1937, pp. 368 y 369.

<sup>72</sup> Hinshelwood, 1992, pp. 162 y 163.

logra aumentar su seguridad interna, confirmando en la mente inconsciente la existencia de padres buenos y de los sentimientos amorosos hacia ellos, refutando la ansiedad, el odio y el sentimiento de culpa.

Al describir el desenvolvimiento emocional del niño pequeño, Melanie observó que sus impulsos agresivos dan origen a intensos sentimientos de culpa y al miedo de que la persona amada se muera. Ya hemos visto que el miedo de la muerte de la persona a que amamos nos hace temer la aproximación a esa persona, pero a la vez, el miedo genera el impulso de recrearla y de encontrarla en cada nueva persona. Eso es un intento de huir de la madre y de simultáneamente, mantener el apego original hacia ella. Así concluye que los varios impulsos y emociones, entre ellas la pulsión de reparación, la culpa y la agresividad, pueden ser transferidos hacia otra persona, manteniéndolos lejos de la persona original<sup>73</sup>.

Melanie<sup>74</sup> buscó mostrar que el sentimiento de culpa es un incentivo fundamental para la creatividad y el trabajo en general. En tanto que si es demasiado intenso, Melanie mantiene la misma idea de Freud, la de que este sentimiento puede tener el efecto de inhibir intereses y actividades productivas<sup>75</sup>.

La satisfacción de las necesidades de autopreservación y la gratificación del deseo de amor están ligadas entre sí. Anteriormente era la madre

---

<sup>73</sup> Klein M., 1937, pág. 375.

<sup>74</sup> Klein M., 1937, pág. 377.

quien daba la seguridad, aplacando el ansia de hambre y satisfaciendo las carencias emocionales, disminuyendo así la ansiedad. En caso de que esto no ocurra de manera satisfactoria, sea dentro de la realidad o de la fantasía del niño, aparte de sentirse privado del alimento, el niño también cree perder la madre juntamente con su amor y protección. El miedo y el sentimiento de culpa inconsciente se establecen, incitando a la reparación.

El propio miedo, odio y desconfianza que engendra el niño en su mente inconsciente crea figuras asustadoras y rigurosas de los padres, afectando su relación con ellos y con los demás, principalmente en lo que se refiere a las relaciones amorosas. Si este niño posee, por razones internas, baja tolerancia a la frustración, y si el miedo, el sentimiento de culpa y la agresividad son demasiado intensos, y si los motivos que llevan al niño a tener esta actitud son exagerados y distorsionados, el niño pasa a ver a los padres y a las demás personas como severamente crueles y severos.

El sentimiento de culpa inconsciente relativo a la destrucción de la persona amada desempeña papel preponderante en estos procesos. Los sentimientos de culpa han sido creados como consecuencia de las fantasías de destruir a la madre instigados por la voracidad y por el odio. Estos sentimientos suscitan en el niño el deseo de curar los daños imaginarios y hacer reparaciones. El sentimiento de culpa da origen al miedo de depender de esa persona amada que el

---

<sup>75</sup> Kaufmann, 1996, pág. 137.

niño teme perder. El miedo a la dependencia es un incentivo para desligarse de la persona amada. El impulso de reparación puede mantener alejado el desespero creado por el sentimiento de culpa<sup>76</sup>.

Si en nuestra mente inconsciente logramos liberar los sentimientos hacia nuestros padres, si los perdonamos por las frustraciones que sufrimos, nos quedaremos en paz con nosotros mismos y lograremos amar verdaderamente<sup>77</sup>.

## H. Bibliografía

BLEICHMAR, Hugo. B. y DIO BLEICHMAR, Emilce 1988. La Depresión: un estudio psicoanalítico. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.

CHEMAMA, ROLAND 1993. *Dictionnaire de la psychanalyse: dictionnaire actuel des signifiants, concepts et mathèmes de la psychanalyse*, Larousse. Trad. portugués 1995: *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.

---

<sup>76</sup> Klein, M., 1937, pág. 383.

<sup>77</sup> Klein, M., 1937, pág. 384.

- FREUD, Sigmund. 1915. "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte". (II) *Nuestra Actitud ante la muerte. Obras Completas*. En Freud Total 1.0, Ediciones Nueva Hólade, 1995.
- FREUD, Sigmund 1916. "Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica". (III) *Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad. Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2.0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade, 1995.
- GROSSKURTH, Phyllis. 1986. *Melanie Klein: her word and her work*. Trad. Portugués 1992: *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*. Imago: Rio de Janeiro, Brasil.
- HINSHELWOOD, R.D. 1991. *A Dictionary of Kleinian Thought*. Trad. portugués 1992: *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Artes Medicas: Porto Alegre, Brasil.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. 1994. *Synopsis of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. Trad. Español 1996: *Sinopsis de Psiquiatría*. Panamericana: Madrid, España.
- KAUFMANN, PIERRE. 1993. *L'apport freudien: Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Éditions Bordas de Paris: París, Francia. Trad. portugués 1996: *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O Legado de Freud e Lacan*. Primeiro Grande Dicionário Lacaniano. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- KLEIN, Melanie. 1974. *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*, Obras Completas, Tomo III, Editorial Paidós: Buenos Aires. Argentina. .
- KLEIN, Melanie; HEIMANN, Paula; ISAACS, Susan; RIVIERE, Joan. 1952. *Developments in Psycho-Analysis*, The Hogarth Press Ltd.: London. Trad. Portugués 1978: *Os Progressos da Psicanálise*. Zahar, 2ªed.: Rio de Janeiro, Brasil.
- \_\_\_\_\_ Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé;
- \_\_\_\_\_ Sobre la observación del comportamiento de los bebés;
- \_\_\_\_\_ Sobre la teoría de la ansiedad y culpa;
- \_\_\_\_\_ Notas sobre algunos mecanismos esquizoides.
- KLEIN, Melanie. 1975. *Love, guilt and reparation and other works*. Trad. Portugués 1996: *Obras Completas de Melanie Klein*. Vol. I - *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Imago: Rio de Janeiro, Brasil.
- \_\_\_\_\_ 1921 El desarrollo de un niño.
- \_\_\_\_\_ 1923 El análisis de niños pequeños.

- \_\_\_\_\_ 1926 Principios psicológicos del análisis de niños pequeños.
- \_\_\_\_\_ 1927 Simposio sobre análisis de niños.
- \_\_\_\_\_ 1927 Tendencias criminosas en niños normales.
- \_\_\_\_\_ 1928 Estadios iniciales del conflicto edipiano.
- \_\_\_\_\_ 1930 La importancia de la formación de símbolos en el desenvolvimiento del yo.
- \_\_\_\_\_ 1933 El desenvolvimiento inicial de la conciencia del niño.
- \_\_\_\_\_ 1934 Sobre la criminalidad.
- \_\_\_\_\_ 1935 Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos.
- \_\_\_\_\_ 1937 Amor, culpa y reparación.
- \_\_\_\_\_ 1940 El duelo y sus relaciones con los estados maníaco-depresivos.
- \_\_\_\_\_ 1945 El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades arcaicas.

LAPLANCHE J. y Pontalis, J. 1967. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Presses Universitaires de France: París, Francia Trad. Portugués 1983: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes, 7ª ed.: São Paulo, Brasil. 2000: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes: São Paulo, Brasil.

LAPLANCHE J., y Pontalis, J. 1981. *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor: Barcelona, España.

NASIO, J.D. 1994 *Introduction aux oeuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Éditions Payot & Rivages: París, Francia. Trad. Portugués 1995: *Introdução às Obras de Freud - Ferenczi - Groddeck - Klein - Winnicott - Dolto - Lacan*. Jorge Zahar Editor: Río de Janeiro, Brasil.

NICK, Eva y CABRAL, A. 1979. *Dicionário Técnico de Psicologia*. Editora Cultrix, 2ª ed.: São Paulo, Brasil.

ROUDINESCO, ELISABETH y PLON, MICHEL. 1997. *Dictionnaire de la psychanalyse*. , Librairie Arthème Fayard: París, Francia. Trad. Portugués 1998: *Dicionário de Psicanálise*, Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.

SEGAL, Hanna. 1973. *Introduction to the Work of Melanie Klein*. The Hogarth Press: Trad. Portugués 1975: *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Imago: Rio de Janeiro, Brasil.

### 3) Aportaciones de Jacques Lacan y Escuela Lacaniana

#### A. Presentación de la Obra de Jacques Lacan

Jaques Lacan (1901-1980) fue el seguidor que más contribuciones ha dado a la continuidad de la obra de Sigmund Freud, el creador del psicoanálisis. El Psicoanálisis Lacaniano, no es un simples abordaje, sino una verdadera escuela. En efecto, se constituye como un sistema de pensamiento, a partir de un didacta que modificó enteramente la doctrina y la clínica freudianas, no sólo forjando nuevos conceptos, sino también inventando una técnica original de análisis diferente del freudismo clásico.



La mayor parte de su obra, tal como la tenemos disponible hoy, es una transcripción de los seminarios proferidos a lo largo de casi tres décadas. No obstante cambiar el enfoque dado a las varias cuestiones trabajadas y sofisticar aún más sus conceptos y su lenguaje, el referirse a Freud es una constante en su discurso.



Ser freudiano es, en ese sentido, mantener vivo el concepto de inconsciente que el psicoanálisis inoculó en la cultura de nuestro tiempo: la idea de que hay en el ser humano una fuerza de naturaleza sexual, que actúa conforme a la buena adaptación moral y social, imposible de ser totalmente capturada por la consciencia-de-sí, tornándonos seres inevitablemente separados y nunca apoyados completamente en nuestra auto-imagen.

Este importante autor fue quien dijo que el análisis “no debe reducirse a la mezquindad exclusiva del mundo interno”<sup>1</sup>, pero sí acentuar la importancia de la palabra del paciente seguramente llena o vacía de significados.

El lacanismo encuéntrase por lo tanto, en una situación excepcional. Uno de los sucesos de Lacan fue haber dado al psicoanálisis un estatus de ciencia, utilizando recursos de la matemática y de la lógica. Lacan fue el único de los grandes intérpretes de la doctrina freudiana en efectuar su lectura no para sobrepujarla o conservarla, mas sí con el objetivo confeso de retornar literalmente a los textos de Freud. Por haber surgido de ese retorno, el lacanismo es una especie de revolución antagónica, no un progreso en relación con el texto original, sino una substitución ortodoxa de este texto.

---

<sup>1</sup> Zimermann, 2001, pág. 246.

Son cuatro las áreas que Lacan estudió más profundamente: la etapa del espejo (imagen del cuerpo); el lenguaje, el deseo; y las relaciones entre Narciso y Edipo<sup>2</sup>.

Lacan mostró que el inconsciente se estructura como el lenguaje. La verdad siempre tuvo la misma estructura de una ficción, donde aquello que aparece bajo la forma de sueño o devaneo es, a veces, la verdad oculta sobre cuya represión está la realidad social. Consideraba que el deseo de un sueño, no es disculpar el soñador, sino el grande "Otro" del soñador. El deseo es el deseo del "Otro", y la realidad es apenas para aquellos que no pueden soportar el sueño.

Lacan ha conducido ávidamente sus estudios de la lógica y de la topología matemática que le llevaron a formular los "matemas" ("aquello que se enseña", en griego), los "nudos borromeos" y a la doctrina de lo real, simbólico e imaginario. Lacan prefería la no-interferencia en el discurso del paciente, o sea, dejaba fluir la conversación para que el propio analizando descubriera sus cuestiones, por considerar el riesgo de la interpretación, que es justamente el analista pasar sus propios significantes para el paciente.

El pensamiento lacaniano tuvo cuatro vertientes: la Lingüística, influenciado por Saussure; la Antropología, siguiendo el enfoque de Levi-Strauss;

---

<sup>2</sup> Ibídem.

la Filosófica con la influencia de Heidegger y Hegel; y finalmente la Psicoanalítica, fundada en la relectura de la obra de Freud<sup>3</sup>. Eso le permitió crear la teoría de que "*el inconsciente es estructurado como un lenguaje*" y de la predominancia del significante sobre el significado.

Enunciar las cosas tal cual ellas son, constituye precisamente el cierne descarnado de su sistema de pensamiento. Eso es lo que torna la obra de Lacan fascinante y a la vez insoportable. Fascinación y dureza que quedan esbozadas en sus primeros estudios clínicos

## B. Cronología de Jacques Lacan (1901-1981)

<b>1901</b>	Nace Jacques-Marie-Émile Lacan en París, el 13 de Abril. Hijo primogénito del matrimonio de Alfred Lacan y Émilie Baudry. Francia separa la Iglesia del Estado.
<b>1910</b>	Se funda la <i>Internationale Psychoanalytique Vereinigung</i> (Asociación Psicoanalítica Internacional).
<b>1919</b>	Finaliza su enseñanza secundaria en el colegio <i>Stanislas</i> de París.
<b>1926</b> <b>1930</b>	Se hace médico. Es interno en el Hospital de <i>Sainte-Anne</i> y en el servicio de la Prefectura de policía, bajo las órdenes de H. Claude y G. de Clérambault. Durante unos meses se queda en Zurich en la clínica Burghölzi. En 1928 empieza a participar en el grupo <i>L'Évolution psychiatrique</i> .
<b>1931</b>	Obtiene el diploma de médico forense.
<b>1932</b>	Presenta su tesis de Doctorado en Medicina con el título de " <i>De la psychose paranoïäque dans ses rapports avec la personnatité</i> ". Comienza su análisis con R. Loewenstein.

<sup>3</sup> Zimermann, 2001, pág. 246.

<b>1934</b>	Obtiene el grado de miembro adherente en la Sociedad Psicoanalítica de París.
<b>1936</b>	Lee en el 14º Congreso de la IPA, en Marienbad, su comunicación sobre el estadio del espejo. El título de este texto aparece primero en inglés en las actas del Congreso como <i>"The Looking-Glass phase"</i> . Publica su primer artículo psicoanalítico: <i>"Au-delà du principe de réalité"</i> , en la revista <i>L'Évolution psychiatrique</i> .
<b>1938</b>	Se hace miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de París, para lograrlo había leído su trabajo: <i>"De l'impulsion au complexe"</i> , cuyo resumen apareció en la <i>Revue Française de Psychanalyse</i> . Termina su análisis. Publica tres artículos sobre la familia en la Enciclopedia Francesa dirigida por Lucien Febvre, en el Tomo VIII: La vie mental, a cargo de H. Wallon.
<b>1939</b>	Muere Sigmund Freud, el 23 de Septiembre.
<b>1939 1945</b>	Se le moviliza al Hospital Val-de-Grâce entre 1939 y 1940, en 1940 regresa a París y a su trabajo en el Hospital de Sainte-Anne.
<b>1945</b>	No escribe nada durante el tiempo que dura la segunda guerra mundial, después de este periodo de silencio escribe <i>"Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. Un nouveau sophisme."</i>
<b>1947</b>	Luego de una estancia en Inglaterra pronuncia una conferencia que publicará con el título de <i>"La psychiatrie anglaise et la guerre"</i> .
<b>1948</b>	En la <i>Conférence de psychanalystes de langue française</i> , pronuncia <i>"L'agressivité en psychanalyse"</i> , será su primer artículo publicado en la <i>Revue Française de Psychanalyse</i> .
<b>1949</b>	En el 16º Congreso Internacional de la IPA, celebrado en Zurich, lee su ponencia <i>"Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique"</i> .
<b>1953</b>	Escisión en el seno de la Sociedad Psicoanalítica de París que da como resultado la formación de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis, de la que hace parte Lacan y que no pertenece a la Internacional psicoanalítica. Pronuncia en septiembre en Roma <i>"Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse"</i> . Inicia su seminario público.
<b>1963</b>	Se le retira el reconocimiento como miembro didacta de la SFP.
<b>1964</b>	En junio, crea la <i>École Française de Psychanalyse</i> , en septiembre le da el nombre de <i>École Freudienne de París</i> . En julio el segundo grupo nacido de la disolución de la SFP funda la <i>Association Psychanalytique de France</i> .
<b>1969 1972</b>	Transfiere su seminario para la Universidad de Panthéon, donde la multitud se apura en seguirlo. Locución pronunciada para el cierre del congreso de la EFP el 19 de Abril de 1970, por su director.
<b>1980</b>	Seminario <i>"Disolution"</i> (inédito), la última sesión de este seminario es pronunciada en Caracas, el 13 de julio. Funda y disuelve la Cause freudienne.
<b>1981</b>	Muere el 9 de septiembre en París.

### C. Breve Relato Biográfico

Jacques-Marie-Émile Lacan, nació en París el 13 de abril de 1901, en una familia burguesa de origen provinciano, siendo uno de los cuatro hijos de un comerciante vinagrero de Orléans (Dessaux), y de sólida tradición católica. Lacan nació en una familia en que la religión católica no era sólo una conveniencia social, tenía un gran valor íntimo. Lacan perdió la fe al final de los años 20, ese fue el clímax de una verdadera interrogación. La inquietante vida intelectual de su época, en la que figuras como André Breton, André Gide, Jules Romain, James Joyce atraían cada vez más su atención, es vivida por él de forma tal que rechaza los valores familiares y cristianos en los que había sido educado.

Cuando Jacques Lacan nació, la *Interpretación de los Sueños*, ya había sido publicada. En 1981, año de su muerte, Freud ha mucho se había tornado un icono de la contemporaneidad y el psicoanálisis había sido completamente incorporado en la cultura.

Diferentemente de otros autores que desarrollaron su trabajo a partir de la teoría freudiana, Lacan no fue su discípulo directo. Como lo hicieron con los demás hermanos, se añadió a su nombre el de la Virgen María. Terminó renunciando a ese nombre, en los diversos textos escritos en el período

entreguerras<sup>4</sup>. Su padre, Alfred Lacan (1873-1960) era un hombre débil y trabajaba como representante comercial de la empresa de vinagres, apabullado por el poder de su propio padre, Émile Lacan (1839-1915). Con respecto a la madre, Émilie Baudry (1876-1948), más intelectual, estaba plenamente volcada en la religión. Hijo primogénito, Lacan tuvo tres hermanos: Madeleine, nacida el 1903, Raymond muerto en la infancia y Marc-François (1908-1994), que le tenía gran aprecio. El 1929, Marc-François se tornó monje benedictino de la abadía de Hautecombe, lo que terminó provocando profunda decepción en Lacan, quien siempre había sido su protector<sup>5</sup>.

La vida de Lacan cambió significativamente después de la guerra. Su tía materna fue quien le acogió permitiéndole que estudiara en el Colegio Stanislas en París. En 1918, pasado los estudios en este Colegio, Lacan rompió con el catolicismo<sup>6</sup>. A los 16 años<sup>7</sup>, ya apreciaba la “Ética” de Baruch Spinoza. Un año después, se interesó por el nietzscheísmo, y durante algún tiempo quedó fascinado con las ideas de Charles Maurras (1868-1952), terminando por adoptar el gusto y el estetismo por el lenguaje. Evidente era la precocidad de este brillante estudioso de las obras de Freud, revelando dotes para las matemáticas. Más tarde reveló un interés desmedido de amor por las letras, la filosofía, la antropología, lingüística, Edad Media y obviamente por las ciencias exactas<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Roudinesco, 1997, pág. 446.

<sup>5</sup> *Ibidem*, pág. 446.

<sup>6</sup> Chemama, 1995, pág. 119.

<sup>7</sup> Roudinesco, 1997, pág. 446.

<sup>8</sup> Chemama, 1995, pág. 119.

Alfred Lacan, que deseaba que su hijo mayor asumiera sus negocios y diera un impulso decisivo al comercio de mostaza, no comprendía o tampoco aprobaba su evolución. Émilie Lacan, ignoraba todo sobre la vida que llevaba el hijo, fuera de los caminos de la religión y del conformismo burgués.

En París de los años 1920, Lacan aspiraba a la gloria, se comparaba a Rastignac, asistía con entusiasmo a la lectura pública de *“Ulisses”* de James Joyce, ligándose a escritores y poetas. Denota una inteligencia poco común, sólida cultura y erudición, utilizándolas a veces de forma arrogante<sup>9</sup>. Entre 1927 y 1931 realizó los estudios necesarios para la especialización en psiquiatría, interesándose particularmente por el estudio de las paranoias. De esta época resaltan sus contactos con Henri Ey, Pierre Mâle y otras figuras de aquel entonces. Tres didactas que dejaron su impronta en él fueron Georges Dumas, Henri Claude y G. Clérembault. También en la misma época<sup>10</sup> Lacan se integró al movimiento surrealista juntamente con otros famosos escritores, intelectuales y artistas como Salvador Dalí, Picasso y A. Breton.

Lacan se formó psiquiatra en la tradición órgano-dinámica francesa de Clérambault, y se encontró con el psicoanálisis en la elaboración de su tesis de 1932, *De la Psicosis Paranoica en sus Relaciones con la Personalidad* (Título original: *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*). En ese trabajo de

---

<sup>9</sup> Zimermann, 2001, pág. 246.

<sup>10</sup> Zimermann, D. E., 2001, pág. 245.

conclusión de su formación psiquiátrica, vemos al joven Lacan recorrer a Freud para discutir el delirio que lleva a la paciente Aimée a una tentativa de homicidio, y los mecanismos psíquicos que promueven este pasaje al acto.

En junio de 1932, empezó su análisis didáctica con Rudolph Loewenstein, publicando al final del año, su tesis sobre la historia de una mujer criminosa (Marguerite Anzieu): *"La psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad"*. Ese trabajo fue fundamentado en su famoso caso Aimée<sup>11</sup>, una ilustración clínica de las potencialidades del amor, cuando éste es llevado al extremo<sup>12</sup>.

El análisis con Loewenstein, permite a Lacan descubrir la originalidad de la experiencia analítica en cuanto a la práctica psiquiátrica. Se finalizaría el análisis abrupta y violentamente seis años más tarde, por un desacuerdo entre ambos. En realidad, se presume que las razones que llevaron Lacan a analizarse con Loewenstein fueron más políticas que científicas, transformándose así la cura en algo más parecido a un requisito que sabía indispensable si quería ocupar posiciones de mayor nivel dentro de la SPP. Sus estudios sobre la paranoia le llevaron a concluir que los rasgos manifiestos al mundo por el enfermo son los suyos e ignorados por él.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Ibidem, pág. 245.

<sup>12</sup> Chemama, 1995, pág. 119.

<sup>13</sup> Ibidem.



Lacan envía un volumen de su tesis para Freud, y recibe como respuesta apenas una postal. Lacan y Freud nunca se encontrarán, tampoco durante el breve pasaje de Freud en París, con ocasión del viaje de exilio de Viena para Londres. Freud rehusó tener contacto directo con el conjunto de la SPP, excepto con la Princesa Marie Bonaparte (miembro de la SSP), en cuya casa se hospedó.

En el mismo período Clérambault da un parecer contrario a Lacan, negando su admisión como agregado en la Universidad. Este relativo fracaso lo impulsa, tanto cuanto su curiosidad apasionada y las mudanzas de la psicopatología en Francia, a multiplicar sus actividades. En 1934, Lacan decide orientarse hacia el psicoanálisis. En 1934, contrae matrimonio con Marie-Louise Blondin (1906-1983), hermana de su amigo Sylvain Blondin. De la unión nacieron tres hijos: Caroline (1936), Thibaut (1938) y Sibylle (1940). La paternidad no afectaría, sin embargo, el tiempo que dedicaba a sus trabajos y la divulgación de los mismos. Desde el inicio, el casamiento fue insatisfactorio. Marie-Louise creía haberse casado con un hombre perfecto, cuya fidelidad conyugal estaría a la altura de sus sueños de felicidad<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Roudinesco, 1997, pág. 446, 447.

El artículo *"La Fase del Espejo como formadora de la Función del 'jé'"*, fue presentado el 1936, en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de Marienbad, sin encontrar otro eco sino el toque de campanilla del presidente E. Jones, interrumpiendo una comunicación demasiado larga. A partir de este año, Lacan iniciase en la filosofía hegeliana, en el seminario que Alexandre Kojève dedicó a la *"Fenomenología del espíritu"*. Se hizo presente en la revista *"Recherches Philosophiques"* y participó de las reuniones del *Collège de Sociologie*. De estos años de grande riqueza cultural y teórica, alcanzó la certeza de que la obra freudiana debería ser releída *"al pie de la letra"* y a la luz de la tradición filosófica alemana. El triunfo del nazismo provocó en Lacan un sentimiento de repugnancia<sup>15</sup>. En 1938, constatando que el psicoanálisis naciera de la declinación del patriarcado, Lacan apelaba a la revalorización de su función simbólica en el mundo amenazado por el fascismo<sup>16</sup>.

El 1937, Lacan se enamoró de Sylvia Maklès-Bataille, separada en esa época de Georges Bataille mas continuando siendo su esposa. Ella era madre de una niña, Laurence Bataille, que se tornaría una notable psicoanalista. En la última edición de la *"Revue Française de Psychanalyse"*, la única publicada el 1939, una crítica de Pichón comenta el artículo de Lacan sobre *"La Familia"*, publicado en *"L'Encyclopédie française"*, deplorando en él un estilo marcado más por los idiomatismos alemanes que por la muy bien conocida claridad francesa. En

---

<sup>15</sup> Roudinesco, 1997, pág. 447.

<sup>16</sup> Ibídem, pág. 447.

Septiembre de 1940, Lacan se deparó con una situación insostenible. Anunció a su legítima mujer que estaba embarazada de ocho meses, que Sylvia su compañera, también esperaba un hijo suyo. Malou pidió el divorcio inmediatamente y fue en plena crisis de depresión que dio la luz, a una niña a la que llamaría Sibylle. Ocho meses después, el 3 de julio de 1941, Sylvia dio a la luz a la cuarta de los hijos de Lacan, Judith, registrada con el apellido de Bataille. Solamente podría utilizar el nombre del padre en 1964. Esa imposibilidad de transmitir el apellido sería una de las determinaciones -inconscientes- de la elaboración del concepto lacaniano del Nombre-del-Padre.

Al principio del año 1941, Lacan se instaló en la *rue de Lille* nº5. Se quedaría allí hasta la muerte. En diciembre, su boda con Marie-Louse Blondin fue deshecha por el divorcio y en julio de 1953, Sylvia divorciada de Georges Bataille, se casó con Lacan. Durante muchos años, a pedido de Malou, Lacan no revelaría a los hijos de su primer casamiento la existencia del segundo hogar, donde criaba dos hijas, la suya y la de Bataille. Esa confusión tuvo posteriormente consecuencias dramáticas para las dos familias<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> *Ibíd.*

El 1950, Lacan empezó el retorno a los textos de Freud, basándose, a la vez en la filosofía heideggeriana, en los trabajos de la lingüística saussuriana y en los de Lévi-Strauss. De la primera, adoptó un cuestionamiento infinito sobre el estatuto de la verdad, del ser y de su desvelamento; de la lingüística, tomó su concepción del significante y de un inconsciente organizado como un lenguaje; del pensamiento de Lévi-Strauss dedujo la noción de lo simbólico, que utilizó en una tópica (simbólico, imaginario, real: S.I.R.), así como una re-lectura universalista de la interdicción del incesto y del complejo de Edipo. Revalorizando el inconsciente y el Ello, en detrimento del Yo, Lacan atacó una de las grandes corrientes del freudismo, la *"Ego Psychology"*, de la cual su ex-analista se tornara uno de los representantes. En la SPP, Lacan atrajo muchos alumnos, empezando a partir de esto a ser reconocido al mismo tiempo como didacta y como clínico.

En 1951, Lacan se compró una casa de campo, la *Prévôté*, situada a cien kilómetros de París, desplazándose para allá todos los domingos para trabajar y también para recibir sus pacientes o dar recepciones. Adoraba hacer teatro para los amigos, fantasearse, divertirse y a veces usar ropas extravagantes.

Como todos los demás países, después de la Segunda Guerra Mundial, la Francia freudiana entró en la era de los conflictos, de las crisis y de las controversias. La primera escisión francesa se produjo en 1953, y se desarrolló en torno a la creación de un nuevo instituto de psicoanálisis. Contestado, a lo largo de esa crisis, por su práctica de sesiones de duración variable, que cuestionaban la

duración obligatoria (45-50 minutos), impuesto por los dirigentes de la IPA, Lacan recusó cualquier idea de asimilación del psicoanálisis a una psicología cualquiera, considerando los estudios de filosofía, y letras o de psiquiatría como las tres mejores vías de acceso a la formación de los analistas.

Lagache fundó la Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP, 1953-1963), formada por Lacan, Dolto, Juliette Favez-Boutonier, y por los principales representantes de la tercera generación psicoanalítica francesa: Didier Anzieu, Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis, Serge Leclaire, François Perrier, Daniel Wildlöcher, Jenny Aubry, Octave Mannoni, Maud Mannoni y Moustapha Safouan. A excepción de Wladimir Granoff, todos estaban (o habían estado) en análisis o en supervisión con Lacan.

Al salir de la SPP, los fundadores de la SFP habían perdido, sin darse cuenta, su filiación a la IPA. Después de años de discusión e intercambio, el comité ejecutivo de la IPA recusó a Lacan y a Dolto el derecho de formar analistas –ser didactas-. Lacan era acusado de transgredir las normas técnicas, principalmente las que determinaban la duración de las sesiones. En cuanto a Dolto, el problema era, en parte, su manera de practicar el psicoanálisis de niños, mas también su formación didáctica: en esa época, los alumnos de René Laforgue habían sido invitados a hacer un nuevo análisis. En 1964, la SFP se deshace y Lacan funda la École Freudienne de París (EFP), en tanto la mayoría de sus mejores alumnos se

ponía al lado de Lagache, en la Asociación Psicoanalítica de Francia (AFP), reconocida por la IPA.

El 1965, con el estímulo de la *François Wahl*, Lacan fundó la colección “*Champ Freudien*” en las *Éditions du Seuil* y, en el año siguiente, el 15 de diciembre de 1966, publicó los *Escritos*. Desde entonces, Lacan sería reconocido, celebrado, odiado o admirado como un pensador de envergadura, y no más apenas como un maestro del psicoanálisis. Su obra sería leída y comentada por un sinnúmero de filósofos, entre ellos Michel Foucault y Gilles Deleuze.

En 1974, Lacan dirigió, en la Universidad de París-VIII, en el departamento de psicoanálisis, fundado por Serge Leclaire en 1969, un empeño del “Campo freudiano”, cuya responsabilidad confió a Jacques-Alain Miller. Esto condujo a la transformación progresiva de su doctrina en un cuerpo de doctrina cerrado, mientras trabajaba para hacer del psicoanálisis una ciencia exacta, basada en la lógica del matema y en la topología de los nudos borromeos.

Lacan sufría de inhibiciones en la escritura y por esto necesitó de ayuda para publicar sus textos y transcribir el famoso seminario público, que se realizó de 1953 a 1979. El vigésimo sexto seminario, del año 1978-1979, fue “silencioso”, porque Lacan no podía hablar más.

El 5 de Enero de 1980, a las primeras señales de su enfermedad, Lacan dirige una carta en la que pronuncia la disolución de la EFP. La intención de Lacan fue asegurar al psicoanálisis un estatuto científico que protegería sus conclusiones de la mala versión de los taumaturgos. Acometido por disturbios cerebrales y por una afasia parcial, después de haber pasado un final de agosto totalmente solo, se muere Lacan, el 9 de septiembre de 1981, a los 80 años, en la Clínica Hartmann de Neuilly. Fue enterrado con una discreción que no permitió que muchos de sus alumnos más próximos le rindiesen a él un homenaje debido.

#### **D. El Culto al Padre**

Dentro de una misma línea de abordaje, en este caso la perspectiva lacaniana, pueden darse distintas interpretaciones según sea el elemento teórico en el cual se sustente el análisis ya que las distintas conceptualizaciones suelen estar articuladas unas y otras, haciéndose necesario dar prioridad a uno de los aspectos ya que resulta imposible tratarlos todos a un mismo tiempo. El problema de la constitución del sujeto será planteado en su introducción al orden significativo por

medio de la metáfora del Nombre del Padre, lo que Freud había planteado previamente como el Edipo<sup>18</sup>.

Lacan llama farsa de la rivalidad sexual al conflicto edípico imaginario<sup>19</sup>. Denomina “Nombre del Padre” la función simbólica paterna, o sea, lo que constituye el principio eficaz del Edipo, y que promueve la castración simbólica. El Nombre del Padre se refiere a que todo el sujeto dispone de un sistema de significaciones que le son propias y particulares, precisamente porque se organizan en torno a alguna significación central de su vida, que otorga a sus actos un valor simbólico determinado, además de la apariencia que tenga. El “Deseo de la Madre” cuando ha encontrado su significado – el falo – se pierde en la profundidad por fuerza del “Nombre del Padre”. Para Lacan el mito edípico atribuye al Padre la exigencia de la castración, aunque ésta no pasa de una sumisión del ser humano al significante<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Lacan, Jacques. El Seminario 11. “*Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*”. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1973.

<sup>19</sup> Según Kauffmann (1996, pág. 260) la elaboración de una categoría de lo imaginario, sanciona un desenvolvimiento en tres fases: inaugurado por la definición del estadio del espejo, seguido por la interpretación de la fantasía en su dependencia de un corte de la cadena significante, inscrito finalmente en la concepción de una tópica borromeana que ubica lo real en el estatuto de lo imposible. Ese desenvolvimiento es sostenido por el reconocimiento de la categoría del vacío.

<sup>20</sup> Chemama, 1995, pág. 57.



Aún antes de nacer, el niño ya tiene asignado un universo al cual va a pertenecer: un país, una cultura, un idioma, una familia, un nombre, todos estos elementos lo introducen en un orden significativo, en el universo del lenguaje, de la cultura. Todo ello define lo que Lacan llama un Otro, es un Otro que puede transmitirse por medio de las figuras paternas, en especial en la figura de la madre. Es la madre quien en principio otorgará significado a todos los llantos, gestos y balbuceos del bebé, ella nombrará sus afectos y sus decires. Es a partir de este vínculo como se organiza la estructura psíquica de un sujeto, alienándose a las significaciones que le son asignadas para luego separarse de algunas de ellas, algunas permanecerán en el sujeto más allá de toda conciencia. Es así como el sujeto se constituye a partir de las significaciones que toma del Otro, y en especial del Otro materno quedando marcado por algunas significaciones conscientes y por otras inconscientes, no todas del agrado del sujeto, incluso algunas se le imponen en contra de su voluntad.

Es la figura de la madre la que al mismo tiempo debe transmitir un continente que posibilite los cuidados y los afectos necesarios para la vida, como las limitaciones y restricciones a las que debe someterse un sujeto, no sólo para poder adaptarse a un orden social, sino para poder constituirse como sujeto del lenguaje distinto al Otro que lo introduce, para establecer una constitución psíquica propia (neurótica). Es solamente por la prohibición del incesto en primer lugar y luego todas las restricciones a las que se somete el individuo, por lo que no se queda fijado a una simbiosis con la madre, sin lo cual estaría impedido de

poder diferenciar la palabra de la madre de la suya y lo externo de lo interno. Cuando no se produce adecuadamente esta separación es cuando decimos que fracasa la metáfora paterna, es decir, el deseo de la madre hacia el hijo es tan fuerte que no puede introducir ninguna separación, ningún límite, ningún tercero que marque que no se trata de una unidad sino que son dos y que ambos son incompletos en tanto que a ambos les falta algo, ese algo que les falta es lo que posibilita sus deseos y sus acciones para tratar de tener eso que desean. Cuando el sujeto está en la posición de tenerlo todo, eso que lo cubre, que lo llena, toma formas de un objeto delirante o fetichista, dándole la lógica particular del psicótico o del perverso<sup>21</sup>.

Diremos entonces que el sujeto se constituye a partir de su introducción en el universo del lenguaje, es desde el lenguaje que se organiza la cultura y todo aquello que precede la aparición del sujeto. Es en el lenguaje que se transmite toda organización, todos los códigos que ordenan u organizan el intercambio humano y es en este universo del lenguaje donde se transmite toda ley. La introducción en este orden es la que permitirá la estructuración psíquica del sujeto. Es en el lenguaje donde se juegan los distintos elementos que configuran el Edipo, es decir, el vínculo con la madre no se establece solamente a

---

<sup>21</sup> Lacan, Jacques. El Seminario 11: *“Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis”*. Ed Paidós, Buenos Aires, 1973.

partir de sus acciones sino que éstas quedan marcadas a partir de ciertos significantes que la acompañan<sup>22</sup>.

El lenguaje constituye el vehículo fundamental de la transmisión del saber y de los ideales, de generación a generación, organizando los modos de gozar, de producir, de crear y preservar. Obviamente, también los modos de reprimir, destruir, idiotizar y aniquilar. Eso explica que la palabra tiene un papel tan poderoso en nuestra vida como para orientarla o desorientarla de manera extremadamente radical que logra incluso hacernos enfermar, deformando nuestra neurofisiología, y consecuentemente, nuestra comprensión de las cosas.

Jacques Lacan adopta más bien un punto de vista estructuralista con relación al complejo de Edipo. Si bien no refiere un complejo de Edipo temprano y sitúa el Edipo más adelante en el tiempo, en la fase fálica, tal como lo había hecho Freud. Él tiende a ver en Edipo una estructura donde todos los elementos, al interactuar, van determinándose mutuamente. Estos elementos son: padre, madre, hijo, pero estos tres elementos no son suficientes para crear los tres lugares o roles paterno, materno y del hijo, sino que es preciso un cuarto elemento, el falo, que permita articular los tres primeros, posicionando uno en relación con el otro. Para decirlo en otras palabras, se requieren cuatro elementos para constituir tres lugares, siendo el falo ante todo un símbolo, el símbolo de una ausencia.

---

<sup>22</sup> Lacan, Jacques. El Seminario 11: *“Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis”*. Ed Paidós, Buenos Aires, 1973.

¿Cómo llega a constituirse la estructura edípica a partir de esta falta?  
¿Cómo el niño o la niña van atravesando estas vicisitudes? Lacan hará una descripción del proceso en tres etapas o momentos, que son más lógicos que cronológicos en el sentido de que un momento presupone el anterior, más allá de que ellos puedan darse simultáneamente o no.

En un primer momento del complejo de Edipo se plantea una relación dual: madre-hijo. Se trata de un vínculo que es afectivamente muy fuerte, en cuanto está unido ya desde esta primera etapa por una ausencia, es decir, cada uno de ellos tiene una carencia que busca llenar en el vínculo con el otro. El niño necesita vitalmente alimento, afecto, cuidado, protección, y estas necesidades y demandas pueden ser satisfechas por su madre. Por su parte, la madre necesita del hijo para su comportamiento narcisista: teniendo un hijo se siente ahora completa, lo que le permite de alguna manera recuperar lo perdido en la castración que, desde un punto de vista real es el pene como órgano sexual, y desde un punto de vista simbólico es el falo, entendido éste como lo que simboliza la ausencia de aquello que permite la completud.

Cabe pensar que el niño necesita contar siempre con la madre para subvenir a sus necesidades y demandas, y la forma que encuentra de hacerlo es identificándose con aquello que la madre más desea: el falo. Es como si el niño dijese, para explicarlo de alguna forma: "si soy lo que mi madre más desea, ella nunca me abandonará", con lo cual este primer tiempo alcanza su culminación

cuando el niño queda identificado con el falo de la madre. "El deseo del niño es el deseo de la madre", y desde entonces el deseo tendrá esta estructura: "el deseo es el deseo del Otro". El primer tiempo del Edipo queda entonces configurado como una estructura deseante: es el encuentro de dos deseos que buscarán la mutua satisfacción en el vínculo. El primer momento del Edipo es cuando tanto el niño como la niña desean ser el falo para tener para sí el deseo de la madre.

En un segundo momento irrumpe en la escena idílica madre-hijo la figura paterna. Aparece aquí un padre que busca cortar esta relación, privando a la madre de su falo-hijo (castración simbólica), y al hijo de su madre. Bajo amenaza de castración, el padre impone al hijo una desexualización de su relación con la madre. Aparece entonces un padre funcionando como la Ley de la prohibición del incesto, establecida por un Padre simbólico. El "soy el falo de mi madre" ya no tiene la seguridad del primer tiempo, y el niño ingresa en la dialéctica típica de este segundo momento: "ser o no ser el falo de mi madre", es decir, "ser o no ser" directamente, porque se ha identificado total, íntegramente con esa carencia de la madre. Podríamos decir que la amenaza de castración es una amenaza a su propia identidad, proceso doloroso pero necesario para que el niño pueda acceder luego a su propia subjetividad, ya que hasta entonces su identificación con el falo materno lo mantenía indiscernible de ella, del mismo modo que un pene forma parte del cuerpo. Esta figura terrorífica ("el padre odioso que pega a la madre y desaparece", como el caso del Sr. Guillermo) hace que la metáfora del Nombre del Padre quede fallida dificultando la constitución neurótica del sujeto. Diríamos

entonces, que su paso por el Edipo ha sido fallido ya que la introducción de la figura del padre ha sido débil, creando una dificultad para separarse de eso que ha tomado de la palabra de la madre. Palabra que ha tomado significación de absoluto sometimiento a un Otro, un Otro que lo hace delirante, que él vivencia como un Otro que quiere castrarlo, apropiarse de él<sup>23</sup>.

En el tercer momento aparece en escena un padre que ha morigerado su posición: mantiene la prohibición, pero ofrece al niño una salida, una posibilidad de vinculación con un otro fuera de la familia. La ley de la prohibición del incesto prohíbe la endogamia, pero permite la exogamia. Como esta es la salida que el mismo padre había escogido al elegir a su madre, el niño hará 'como el padre': podrá tener un falo igual al de él, que podrá usarlo con otras mujeres fuera de la familia (el falo, aquí, pasa a representar no aquello que a la madre le falta sino al pene del padre). Se establece así una nueva identificación, del niño con su padre, y entonces de 'ser' el falo (primer momento) pasará ahora a 'tener un falo' como el de papá. Esta identificación secundaria le permitirá al niño acceder a una nueva identidad que lo recortará nítidamente de los otros, y podrá acceder a su propia subjetividad. En el tercer momento interviene el padre real, aquél que posee el falo, que lo utiliza para atraer a la madre. La identificación con el padre resulta para el niño la renuncia de ser el falo y para la niña en aprendizaje sobre

---

<sup>23</sup> Lacan, Jacques. El Seminario 11: *“Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis”*. Ed Paidós, Buenos Aires, 1973.

cómo encontrar al falo, es decir, ella elige el camino que la lleva al padre y consecuentemente al falo, sin necesariamente poseer uno para sí<sup>24</sup>.

Laplanche<sup>25</sup> nos hace recordar que el complejo de Edipo no es reducible a una situación real, a la influencia efectivamente ejercida sobre el niño por la pareja parental. J. Lacan acentúa que la eficacia del Culto al Padre se debe a la *instancia interdictoria*<sup>26</sup> que impide el acceso a la satisfacción buscada por el niño y que liga el deseo a la ley.

## E. Lo Imaginario

El interés por las cuestiones propias del estudio de lo imaginario concierne tanto a la filosofía como al psicoanálisis. Definido de una manera general lo imaginario se refiere al “conjunto de productos de la imaginación”<sup>27</sup>, al campo de la “imaginación creadora<sup>28</sup>” y no simplemente reproductora.

---

<sup>24</sup> Chemama, 1997, pág. 32.

<sup>25</sup> Laplanche, *Vocabulário da Psicanálise*, 1983, pág. 80.

<sup>26</sup> *Ibíd.*

<sup>27</sup> Durand, G., 1992, pág. 536.

<sup>28</sup> Lo imaginario se forma a partir de la creación del individuo. Él crea su propia verdad, su realidad propia y personal dentro de lo imaginario, eso es, él cree píamente en lo que determina a sí mismo como realidad.

De lo imaginario se habla extensamente, se lo cita al hablar de historia de las colectividades, del comportamiento de los grupos, del conjunto de mitos de una sociedad determinada y, aunque intuimos el sentido que en cada alusión parece tener, no logramos por ello dar una definición precisa. Esto ocurre porque el concepto como tal tiene una larga historia que lo ha teñido de diversos matices y lo ha emparentado con disciplinas heterogéneas. El caso es que ensalzando, desvalorizando o reprimido, lo imaginario existe con una materialidad propia.

El psicoanálisis como otros campos del saber se ha aproximado al tema desde diferentes perspectivas a partir de las puntualizaciones freudianas sobre el papel de la fantasía y de las fantasías originarias. Melanie Klein, a través de sus investigaciones en el psicoanálisis de niños ha abierto una importante vía mostrando cómo lo imaginario opera eficientemente en el psiquismo infantil y es su manifestación esencial<sup>29</sup>. Muchos autores, que de manera directa o transferencial se han ocupado del tema nos indican que hablar de lo imaginario en psicoanálisis no es nuevo, por haber una importante tradición al respecto.

---

<sup>29</sup> Gran importancia tiene también los planteamientos de C.G. Jung respecto a la función del imago y la base arquetípica del inconsciente, son ellos sin duda los pilares fundamentales de cualquier intento de comprensión que quiera tener en cuenta lo individual y lo colectivo.



En la obra de Jacques Lacan, lo Imaginario aparece relacionado con lo simbólico, lo imaginario y lo real formando una triada indisoluble<sup>30</sup> que define tanto un modo de concebir la realidad como de leer la obra de Freud y los conceptos psicoanalíticos. Simbólico, imaginario y real constituyen el campo psicoanalítico porque al explicar el funcionamiento psíquico permiten situar un sinnúmero de referencias que se sirve de una visión ampliada de los conceptos a la vez que desbordan los sentidos usuales de “símbolo”, “imaginación” y “realidad”, desgastados por su uso frecuente en la filosofía. Hemos coincidido, tanto para la generalidad de lo imaginario como para el caso psicoanalítico, en la importancia de la tradición que los fundamente. Esta tradición es el fondo necesario sobre el cual destaca el momento más o menos afortunado que es la obra de un autor, sin ella, todo interés por un concepto se hace fuera de contexto y desde luego, ejercicio vano.

Hablar en singular de la obra de un autor dado implica siempre el riesgo de congelar el sentido diverso de lo dicho en sus *textos*<sup>31</sup>, sin tener en cuenta

---

<sup>30</sup> Nos dice Lacan en el seminario dedicado a los escritos técnicos de Freud que nada puede comprenderse de la técnica y la experiencia freudianas si no se tienen en cuenta los tres sistemas de referencias que son lo imaginario, lo simbólico o lo real.

<sup>31</sup> Recordando a Jesús Gonzáles Requena, en su artículo El Texto: Tres Registros y una Dimensión. Texto publicado en Trama&Fondo nº 1, Madrid 1996, pág. 6, el texto es el ámbito de la experiencia del lenguaje en la que el sujeto se conforma. (...) El texto, en cambio, aún cuando, sin duda, se configura como discurso en una de sus dimensiones, es también un espacio donde otras cosas se manifiestan imponiendo su resistencia a lo que en él es significación discursiva. (...) Tanto más analizable es un texto para la semiótica cuando más evidente es su función comunicativa. (pág. 7). Existen, sin duda, textos nítidamente comunicativos (semióticos), plenamente funcionales: volcados a su constitución en vehículos de transmisión de información. Pero existen, también, otros tipos de textos que apuntan hacia más allá de la significación: hacia el ámbito de la experiencia. Pues el sujeto es parte del texto —en rigor, solo puede reconocerse como texto a un objeto cuando este participa de una relación, en el lenguaje, con un sujeto, que lo escribe o lo lee. (...) El texto es un espacio que incluye al sujeto (al que lo lee como al que lo escribe) (pág. 8).

que estos son singulares e históricos<sup>32</sup>, sin embargo, puede decirse que el tema de lo imaginario atraviesa de principio a fin la obra de Jacques Lacan, de manera tal que ésta comienza con la reformulación del Yo freudiano en virtud de su constitución imaginaria, y culmina con el anudamiento de los tres registros: imaginario, simbólico y real a partir del nudo de Borromeo.

En mirándose al conjunto de la obra de Lacan, se puede percibir un movimiento que va desde el énfasis inicial en lo imaginario y el posterior encuentro con el significante, a la teorización sobre lo real, proceso que culmina con el recurso a la topología y el anudamiento de los tres registros. Este movimiento implica no la desaparición de unas categorías y la aparición de otras, sino el cambio de peso que adquieren en relación con una obra que se construye paulatinamente.

Los planteamientos iniciales sobre lo imaginario en Lacan se originan en los trabajos sobre la paranoia<sup>33</sup> que marcan su entrada en el ámbito psicoanalítico. La lectura de Hegel y de la segunda tópica freudiana es la base sobre la que se fundamenta esta primera teoría que se concreta en los textos producidos entre 1936 y 1949, es decir, los que tienen como centro el “estadio del espejo”. En esta primera teoría el Yo aparece de dos modos diferentes: como sujeto

---

<sup>32</sup> En el sentido de que un texto siempre está parcialmente determinado por el momento del autor en su doble dimensión biográfica e histórica.

<sup>33</sup> Lacan, J. (1932), 1975.

del sistema percepción-conciencia<sup>34</sup> y como objeto libidinal. Lacan toma al Yo en esta segunda acepción y a partir de ahí construye una teoría de lo imaginario que tiene como rasgo fundamental la constitución imaginaria del Yo en sus relaciones con el narcisismo.

Lacan destaca en sus textos *“Au-delà du principe de réalité”* (1936) y *“Les complexes familiaux dans la formation de l’individu”* (1938), la importancia de la imagen como forma generadora del desarrollo y del complejo como la vía por la que ésta se instaure en el psiquismo, el mecanismo subyacente, siendo este proceso la identificación.

La génesis del Yo, en este primer momento, se concibe como una secuencia de operaciones fundadas en la identificación con imagos, por lo que no responde a una función de adaptación a la realidad. De ahí que las tres instancias de la tópica freudiana Yo, Ello y Superyo, sean llamadas “puestos imaginarios de la personalidad” y se plantee la existencia de un Yo (*je*) como el lugar en que el sujeto puede reconocerse.

---

<sup>34</sup> Freud, (1923) *El yo y el ello*: “Es fácil entender que el yo es la parte del ello alterada por la influencia directa del mundo exterior, con mediación de p-Cc: por así decir, es una continuación de la diferenciación de superficies...”.

En el texto de 1938, *"De l'impulsion au complexe"*, el desarrollo del psiquismo aparece organizado en función de tres complejos principales: complejo del destete, de intrusión y de Edipo, los cuales presentan respectivamente la imago materna, la del semejante y la imago paterna y en los que pueden anticiparse las categorías que serán conocidas como lo real, lo imaginario y lo simbólico<sup>35</sup>.

Diez años después, en *"Propos sur la causalité psychique"* y *"L'agresivité en psychanalyse"*, Lacan expone una teoría completa sobre el carácter imaginario del Yo en función del conocimiento paranoico y a los dos polos de la relación imaginaria: el amor y la agresividad. La relación imaginaria se instaura en función de un primer momento de alienación en la imagen del Otro, ilustrativa del "yo soy tú, tú eres yo" como forma discursiva del enamoramiento, seguido de un momento de tensión agresiva esencialmente narcisista. Resumiendo, la primera teoría lacaniana sobre lo imaginario, que ubicamos entre los años de 1936 y 1949, es una teoría de la génesis imaginaria del Yo en su carácter identificador, producida por el poder formador de la imagen.

---

<sup>35</sup> Roudinesco, E. (1995). *Jacques Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*, pág. 219.

A partir de 1953 se opera un viraje esencial en el modo de abordar los problemas, del que pueden verse los orígenes en textos de 1949 y 1950<sup>36</sup>, la expresión magistral de este cambio la encontramos en *“Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse”*, texto que integra los aportes de la lingüística de F. de Saussure, los de la etnología de C. Levi-Strauss y los planteamientos lacanianos sostenidos hasta el momento<sup>37</sup>. A partir de este año lo simbólico adquiere importancia, el significante ocupa el lugar antes dado a la imagen y lo imaginario aparece en su dimensión resistencial<sup>38</sup> en el análisis, mientras que éste opera por ser una experiencia de palabra, de los efectos de la palabra sobre el sujeto.

A pesar de su uso extendido o de la gran importancia dada a la imagen en nuestros tiempos, resulta muy difícil llegar a precisar una definición de lo imaginario acorde con su variedad, dicha dificultad radica en la desvalorización continua sufrida por la imaginación en el pensamiento occidental y especialmente a partir de la ilustración. La desvalorización de lo imaginario se presenta tras una fachada paradójica que concilia las más variadas producciones de la imagen con la idea repetida de que tras ella está lo falso, lo ilusorio, por oposición a lo “real”. El registro del imaginario es el registro de sentimientos caracterizado por la

---

<sup>36</sup> Lacan, J. (1949). *O estádio do espelho como formador da função do eu*.

<sup>37</sup> Me limitaré en esta tesis apenas a citar las fuentes sin profundizarme demasiado en el contexto lacaniano, puesto que no es el objetivo de la misma.

<sup>38</sup> Para Lacan, *la resistencia es consecuencia del intento de atravesar los registros exteriores hacia dentro*. Lacan, Seminario I: *Primeras Intervenciones sobre el Problema de la Resistencia*, pág. 42.

ambivalencia. Para comprender lo imaginario es necesario partir de la fase del espejo<sup>39</sup>.

## **F. Yo Ideal y el Ideal del Yo**

A juzgar por Freud el Yo<sup>40</sup> es la sede de la consciencia y también lugar de manifestaciones inconscientes<sup>41</sup>. Lacan elabora su concepción de la naturaleza imaginaria de la primera representación del Yo a partir del concepto de identificación que utiliza Klein para explicar la angustia característica del estadio oral del niño. El Yo, para Lacan, se construye a imagen del semejante y de la imagen que me es devuelta por el espejo<sup>42</sup>. Lacan parte de la idea del Ideal como constitutivo del sujeto y del objeto. Esto que Freud va definiendo con dificultad, para Lacan es el punto donde se inicia su seminario. Y arranca en dos sentidos: lo aborda desde el punto de vista de la constitución del sujeto y desde el problema del objeto; y por otro lado desde cómo el Ideal entra en el dispositivo, es decir que allí inaugura otra vertiente en su articulación con el amor de transferencia.

---

<sup>39</sup> En otro lugar hemos ocupado más detenidamente de la definición de este concepto, tratando de mostrar como el Estadio del Espejo desarrolla la distinción lacaniana entre el Yo Ideal y el Ideal del Yo.

<sup>40</sup> Kauffmann, hace referencia al Yo como una construcción imaginaria, y que el <<loco>> es aquel que adhiere a ese imaginario. El sujeto toma sus yoes imaginarios como reales, sirviéndose de una serie de figuras imaginarias (1996, pág. 260-264).

<sup>41</sup> Chemama, 1995, pág. 64.

<sup>42</sup> Chemama, 1995, pág.120.

El problema del Ideal del Yo está planteado de entrada en el Seminario I de Lacan, mientras que para Freud resulta trabajoso sostenerlo como instancia y eso se define decididamente con relación a la segunda tópica. El texto bisagra donde el Ideal del Yo se acerca y se confunde con el Superyo es *"El Yo y el Ello"*. Un capítulo de *"Psicología de las Masas"* que parece importante, para nuestra lectura, es *"Un grado en el interior del Yo"*. Allí Freud resume todo el problema donde considera al Ideal como *"ese grado dentro del interior del yo"*, como una gradación.

La definición de Chemama<sup>43</sup> sobre Yo Ideal como *la formación psíquica perteneciente al registro del imaginario, representativa del primer esbozo del Yo investido libidinalmente*, nos remite al genio del psicoanálisis, Sigmund Freud. Este término fue introducido por Freud, el 1914, en *"Introducción al Narcisismo"*, y designa el Yo Real que habría sido el objeto de las primeras satisfacciones narcisistas. Posteriormente el sujeto tiende a reencontrar al Yo Ideal, característico del estado de *"omnipotencia"* del narcisismo infantil, del momento en que el niño *"era él mismo su propio ideal"*. Para Lacan, el Yo Ideal, es el resultado de la identificación del Yo con el objeto idealizado y por lo tanto, incitador de la culpa imaginaria.

*"Lo que uno mismo quiere ser"* es la definición que Freud da en *"Introducción al Narcisismo"* del *"Ideal del Yo"* narcisista, y que Lacan no se priva

en retomar. En esta obra aparece la expresión “Ideal del Yo” para designar una formación intrapsíquica relativamente autónoma que sirve de referencia al Yo para apreciar sus realizaciones efectivas. Su origen es esencialmente narcísica, y por lo tanto, directamente oriunda de las infracciones infantiles del Yo. La represión de los padres, ejercida sobre las ideas de grandeza del niño induce a una interiorización que contribuye a la censura sobre el modo de un auto-exámen<sup>44</sup>.

En “*Psicología de las masas y análisis del Yo*”, 1921, el Ideal del Yo es visto como factor para explicar la fascinación amorosa, la dependencia para con el hipnotizador y la sumisión al líder – una persona desconocida es colocada por el individuo en lugar de su Ideal de Yo. Hay una identificación de un individuo con el otro por coincidencia de ideales del propio ego<sup>45</sup>. En ninguno de estos artículos de Freud, se encuentra cualquier distinción conceptual entre el Yo Ideal y el Ideal del Yo<sup>46</sup>.

El tema del amor es eminente, con relación al ideal. Todo el texto de “*Introducción al Narcisismo*” apunta especialmente a la cuestión del amor. Pero Lacan en el Seminario de “*La Transferencia*” propone juntar amor y culpabilidad.

---

<sup>43</sup> Ibídem, pág. 67.

<sup>44</sup> Dor, J., *Introdução à Leitura de Lacan*, pág. 33.



Esto impulsa a marcar esta particular situación que se produce por la dependencia del objeto amoroso. La búsqueda del objeto amado genera culpa como resultante de dicha dependencia. Es decir que en esta situación de dependencia, que se establece entre el amante y el amado, la culpabilidad está en juego. Toda la dialéctica de la unión amorosa está vinculada al amor, y no hay que olvidarse de la importancia del Superyo en las relaciones amorosas. Esto Lacan lo desarrolla en el Seminario *"La Transferencia"*, donde alega que el sujeto queda aprisionado en lo real.

En el estudio de Freud, *"El Yo y el Ello"*, el Ideal del Yo y el Superyo son presentados como instancias casi indiferenciadas y ambiguas, oriundas de un proceso de identificación con los padres, en el momento de disolución del complejo de Edipo, donde añade la dimensión de la interdicción y la del Ideal<sup>47</sup>.

El estudio del Dr. Leclaire<sup>48</sup> sobre el texto de Freud, *"Introducción al Narcisismo"*, para el Seminario I de Lacan en *Ideal del Yo e Yo-ideal*, muestra que Freud nos remite a una introducción a la medicina psicosomática: sus reflexiones a respecto de la influencia de las enfermedades orgánicas sobre la distribución libidinal.

---

<sup>45</sup> Laplanche, 1983, *Vocabulario da Psicanálise*, pág. 290.

<sup>46</sup> Laplanche, 1983, pág. 190.

<sup>47</sup> Dor, J., *Introdução à Leitura de Lacan*, pág. 33.

<sup>48</sup> Lacan, 1981, Seminario I, XI *-Ideal del yo y yo-ideal*, págs.197-198.

Freud comprueba que *en el curso de una enfermedad, de un sufrimiento, el enfermo retrae sus cargas libidinales sobre su Yo para liberarlas de nuevo tras su curación. (...) Durante la fase en que retira su carga libidinal de los objetos, la libido y el interés del Yo se confunden nuevamente, tienen de nuevo el mismo destino, y es imposible distinguirlos. Basta un dolor para olvidarse de todo lo demás. El dolor puede interrumpir desde inspiraciones amorosas a problemas del diario. La existencia de una lesión orgánica hace con que el dolor sustituya el dolor del alma, y de esa manera, defenderse del núcleo causal del trastorno mental. Una enfermedad se establece para desviar la atención del verdadero motivo que conlleva al sufrimiento. Ocurre un reemplazamiento de la excitación sexual por la excitación de determinada parte del cuerpo. Según Freud son zonas erógenas que reemplazan lo genital y se comportan como él. Esta parte del cuerpo pasa a ser la sede de manifestaciones y descargas. La erogeneización de cualquier parte del cuerpo supone una psicopatización*<sup>49</sup>.

La distinción lacaniana entre un Yo Ideal (un objeto imaginario idealizado, objeto total, completo, al que el Yo está identificado) y un Ideal del Yo (el núcleo simbólico del Superyo, correspondiente a la internalización de la ley que impide al Yo identificarse al objeto), corresponde a la elaboración lacaniana del

---

<sup>49</sup> *Ibíd.*, págs. 198-199.

Edipo temprano de Melanie. Lacan no habla de un Edipo al final de la posición depresiva, como Melanie. Ese núcleo imaginario del Superyo lo atribuye a la relación preedípica con el objeto, núcleo identificador de la primera concepción del Yo, en la que no está inscrita la deferencia sexual, que puede sobrevivir fuertemente si el Ideal del Yo, si la internalización de la ley es débil.

El Ideal del Yo, una expresión utilizada por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico, es la idealización del Yo, ligado a la elaboración progresiva de la noción de Superyo. En *"El Yo y el Ello"*, 1923, Freud compara el Yo Ideal al Ideal del Yo, atribuyéndoles las mismas funciones de censura y de idealización. En este artículo, el Ideal del Yo y el Superyo son presentados como sinónimos. Lacan denota dos formaciones intrapsíquicas diferentes, introduciendo la distinción entre Yo Ideal e Ideal del Yo, y definiéndolos como esenciales para una lectura coherente de Freud. La similitud de las dos expresiones enmascara, con extrema facilidad, su naturaleza fundamentalmente diferente, imaginaria en la primera y simbólica en la segunda<sup>50</sup>.

En el Seminario I de Lacan, sobre todo los capítulos VIII y XI, encuéntrase una precisión conceptual que explica la diferencia entre Yo Ideal, producto de la identificación del Yo con el objeto idealizado, y por lo tanto promotor de la culpa imaginaria de Freud, la culpa inconsciente, puesto que la misma imagen que representa su Ideal es también el objeto de su odio y un Ideal

del Yo, que supone la introyección de la palabra del padre, de la ley, y que equivale a la culpa edípica posterior al conflicto edípico. Estos dos aspectos son componentes del Superyo.

El Yo Ideal, por otro lado, es lo que en Melanie sería el Superyo temprano. En todo sujeto existen estos dos aspectos, una identidad por identificación con el objeto, con el deseo de la madre (en Freud: como él debe ser), y una identidad producto de la negación de esa identidad al paso por el Edipo (en Freud: como él no puede ser). Es decir, que el Ideal del Yo supone la construcción de un ideal simbólico con lo que el Yo no se confunde, y cuyas exigencias, además, no martirizan al Yo. Se trata de un Ideal al que se tiende, pero que se mantiene siempre en un nivel superior al Yo, por encima del Yo. Lacan dice que el Yo es el Otro y si así es, el Ideal del Yo es también el Ideal del Otro.

Lacan revisa el esquema freudiano del Edipo y distingue dos aspectos del padre: de un lado estaría el Superyo inconsciente represivo (el que prohíbe la identificación: "no seas como yo". Del otro, estaría el "Ideal del Yo" consciente y sublimatorio: "sé como yo". Ahora bien, ¿por qué Lacan introduce esta distinción entre el Superyo y el Ideal del Yo?

Es sabido que desde el nacimiento, el niño, establece una relación de dependencia absoluta con su madre, sin poder diferenciar entre un Yo y un no Yo.

---

<sup>50</sup> Chemama, pág. 103.

Lo que hace que se establezca entre el niño y el pecho de la madre, una unidad; la madre es el primer doble del niño, que asegura la supervivencia del mismo. Este tema, lo trata Freud, en su texto *"Lo siniestro"* (1919) y citando a Otto Rank, dice que el doble es en esta primera etapa una medida de seguridad contra la destrucción del Yo. Momento en que no se ha establecido todavía la diferencia entre el Sujeto y el Otro, y donde se inscriben las primeras experiencias de placer y dolor. Será ese Otro (madre) el generador del Yo Ideal en el bebé, a su vez este infante completará a la madre, lo que hace que aparezca como un Otro no castrado. Constituyéndose la dupla madre fálica/Yo Ideal, como una célula narcisista. Ese infante idealizado por el Otro (madre), hace que el Yo sea ideal de sí mismo, inscribiéndose en el aparato psíquico y permitiendo la representación de ese sí mismo. Este momento de idealización por parte de la madre, es el espejo en donde el infante se reconocerá vía identificaciones primarias. Lacan dirá que el Yo Ideal es una formación narcisista que tiene lugar en la fase del espejo. Una vez superado este momento de narcisismo primitivo, el doble ubicado, ya no en la madre, sino en aquel que remita a ese narcisismo, no será asegurador de la supervivencia, sino que se convierte en siniestro mensajero de la muerte. El Otro (madre) inmortaliza su narcisismo en un ser que se va transformando en Sujeto.

Para Lacan el Yo Ideal es igualmente una formación esencialmente narcísica que tiene su origen en la fase del espejo y que pertenece al registro del imaginario<sup>51</sup>. Retomando Lacan en *"La fase del espejo como formadora de la función del <<je>>"*, 1949, el Yo Ideal es elaborado a partir de la imagen del propio cuerpo en

el espejo. La identidad está colocada en el propio cuerpo. Esa imagen es el soporte de la identificación primaria del niño como su semejante, constituyendo el punto inaugural de la alienación del sujeto, en la captura imaginaria, siendo en el tronco de las identificaciones secundarias el lugar donde el “je” se objetiva, en su relación con la cultura y con el lenguaje, por intermedio del otro<sup>52</sup>. Esta alienación puede producirle la identificación a la propia imagen de uno mismo por el otro, en el espejo.

Es imprescindible distinguir el Superyo del Ideal del Yo. La lectura de Lacan que hace Chemama esclarece que el Superyo es portador de la función del Ideal. El Yo, se somete al Ideal del Yo aspirando el perfeccionamiento mayor. La función del Ideal del Yo está enraizada en la admiración del niño por las calidades que atribuye él a sus padres. El Superyo, diferentemente del Ideal del Yo, se sitúa en el plan simbólico de la palabra, es decir, es un constreñidor. Ya el Ideal del Yo es un exaltador<sup>53</sup>. La lectura de Lacan hecha por Lagache, complementa la idea de Chemama: el Superyo corresponde a la autoridad, y el Ideal del Yo a la manera como el individuo debería portarse para corresponder a la expectativa de la autoridad<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> Laplanche, 1983, pág. 190.

<sup>52</sup> Chemama, pág. 67.

<sup>53</sup> Chemama, pág. 211.

<sup>54</sup> Laplanche, 1983, pág. 291.

Según Laplanche y Dör, para Freud<sup>55</sup>, en *"Nuevas conferencias introductorias sobre el psicoanálisis"* (1933) el Superyo aparece como una estructura englobante que comprende tres funciones: la auto-observación, la consciencia moral, y la función de ideal, traspasando la zona de influencia del Ideal del Yo.

A juzgar por Leclaire, *"la idealización del yo puede coexistir con una sublimación fallida. La formación del ideal del yo aumenta las exigencias del yo y favorece al máximo la represión. (...) Uno está en el plano de lo imaginario y el otro en el plano de lo simbólico"*<sup>56</sup>. La aportación del Dr. Leclaire al capítulo XI - *Ideal del Yo y Yo-Ideal* - de la obra de Lacan, relata que Freud muestra que *parte de la influencia de las enfermedades orgánicas sobre la distribución libidinal, que puede considerarse como una excelente introducción a la medicina psicosomática*<sup>57</sup>. Y sigue: *la primera vez que Freud habla del Yo Ideal es para decir que ahora el amor a sí mismo se dirige hacia ese Yo Ideal*<sup>58</sup>, como podemos confirmar:

*Hemos dicho que la represión parte del yo, (...) de la propia autoestimación del yo. (...) Podemos decir que uno de estos sujetos ha construido en sí un ideal, con el cual compara su yo actual, mientras que el otro carece de semejante formación de ideal. La formación de un ideal sería, por parte del yo, la condición de la represión. A este yo ideal se consagra el amor de sí mismo de que en la niñez era objeto el yo real. El narcisismo aparece desplazado sobre este nuevo yo ideal, adornado, como el infantil, con todas las perfecciones. (...) Aquello que proyecta ante sí como su ideal es la sustitución del perdido narcisismo de su niñez, en el cual era él mismo su propio ideal*<sup>59</sup>.

---

<sup>55</sup> Laplanche, 2000, pág. 223; y, Dor, J., 1985, pág. 33-34.

<sup>56</sup> Lacan, 1981, Seminario I, XI -*Ideal del yo y yo-ideal*, pág. 204.

<sup>57</sup> Lacan, 1981, pág. 197.

<sup>58</sup> Lacan, 1981, pág. 208.

Ahora bien, este destino del sujeto de tomar a su Yo como Ideal, debe abdicar. Para que esto suceda se debe llevar adelante un complejo proceso, que incluye renuncias pulsionales, la presencia del complejo de castración configurando la oposición amor-decepción y además, un proceso de elaboración psíquica que derivará en la represión. Proceso en que deberá producirse la caída del Yo Ideal para que se instauren los Ideales del Yo. Este complejo proceso a que hacía referencia es nada menos que el Complejo de Edipo, en donde será condición la aparición de la función paterna, padre simbólico que transmitirá prohibiciones y leyes y determinará la separación definitiva de la célula narcisista madre-infante, por lo tanto ese Otro aparecerá como castrado. Esta será condición necesaria para salir a la búsqueda de otros objetos y hacer el pasaje a la cultura. El niño ama a la madre que es su primero objeto de amor que satisface las demandas del Yo. La madre es fuente primera de satisfacción de sus deseos libidinales. Como afirma Leclaire<sup>60</sup>, *el niño es lo que sus padres hacen en la medida en que le proyectan el ideal*. El niño construye en sí un ideal y lo equipara a su yo actual. El Ideal del Yo es la perfección de su niñez a la que no quiere renunciar, y por eso condición para la represión. De acuerdo con Lacan, el Ideal del Yo observa incesantemente al Yo actual, y esta función conduce directamente al Superyo<sup>61</sup>. El narcisismo aparece

---

<sup>59</sup> Freud, 1914, *Introducción al Narcisismo*, III.

<sup>60</sup> Lacan, 1981, pág. 202

<sup>61</sup> *Ibíd*em, pág. 205.



desplazado sobre este nuevo Yo Ideal adornado que consagra el amor ególatra de que en la niñez era objeto el yo verdadero<sup>62</sup>.

Nos elucida Lacan que:

*“El amor es un fenómeno que ocurre en el ámbito de lo imaginario, y que provoca una verdadera subducción de lo simbólico, algo así como una anulación, una perturbación de la función del Ideal del Yo. El amor vuelve a abrir las puertas – como escribe Freud sin ambages – a la perfección”.*<sup>63</sup>

Para alejarse de la locura, la muerte y el incesto, es necesario llevar por buen camino este recorrido que va de un Otro no castrado (fusión madre-infante) a un Otro castrado (Edipo). Pero luego, también se debe renunciar a que Otro (A) encarne a ese Otro no castrado. La interacción dinámica del deseo entre la madre y el niño está íntimamente relacionada a la *falta*. La madre presentida como faltante siempre puede imaginariamente ser llenada por el objeto del deseo que le falta. El falo es el objeto imaginario capaz de llenar la *falta*. Esto hará que el niño se identifique con el objeto de la falta en el Otro<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Ibídem, pág. 203.

<sup>63</sup> Ibídem, pág. 215.

<sup>64</sup> Dor, J., 1985, *Introducción a la Lectura de Lacan*, págs. 10-12.

## G. El Estadio del Espejo

El trabajo de Jacques Lacan de 1936, posteriormente reeditado en 1949, *Le state du miroir comme formateur de la fonction du "Je" telle q'elle nous est révélée dans l'experience psychanalytique*, habla precisamente sobre cómo se constituye la unidad imaginaria del Yo - *Moi* -, y que en un segundo momento, se "descubre" a sí mismo en el discurso del otro. La alegría que acompaña tal acontecimiento marca la "*transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen*"<sup>65</sup>. Se trata de la transformación de un cuerpo fragmentado (*corps morcelé*) en una totalidad unificada - representación del propio cuerpo.

Recuerda González Requena, sobre el Yo y el Estadio del Espejo: *¿Cómo obtiene el sujeto la primera imagen de sí mismo?, ¿Cómo se configura su Yo? En el contexto de su absoluta dependencia de la madre, y de una extrema carencia de destreza motora, el niño desconoce la diferencia entre el dentro y el fuera, entre el yo y el no yo, no conoce los límites de sí*<sup>66</sup>. Como dice Lacan, la función del estadio del espejo es un caso particular de la función de la *imago*, que es establecer una relación del organismo con su realidad<sup>67</sup>. Esta fase se refiere al período entre los 6 y los 18 meses, cuando el niño experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos por la imagen con su medio reflejado y con la realidad que él reduplica

---

<sup>65</sup> Lacan, 1949.

<sup>66</sup> González Requena, 1996, pág. 10.

<sup>67</sup> Lacan, 1949, pág. 100.

con su propio cuerpo y con las personas<sup>68</sup>, caracterizado por la inmadurez del sistema nervioso, donde el bebé se ve separado de la madre. El bebé anticipa imaginariamente “la forma total del cuerpo de la madre”. Es el advenimiento del narcisismo secundario, el bebé se reconoce en el otro. Es el reconocimiento de la imagen de su propio cuerpo, volviendo hacia la madre para identificar su descubrimiento. El bebé puede sentirse incluido en el mundo en que el imaginario puede incluir y formar lo real. Se comprende la fase del espejo como el reparto entre lo imaginario – imagen formadora -, y lo simbólico – la nominación del niño, el significante<sup>69</sup>.

La lectura de Lacan sobre el Estadio del Espejo nos reporta a un gran colaborador de la psicología infantil y sus descubrimientos sobre la *angustia del octavo mes*, que provoca una herida narcisista en la identidad del Yo. Es importante resaltar que parte de estas investigaciones las hemos relatado en el Apartado sobre los Transtornos Depresivos.

Freudiano en los aspectos conceptuales sobre el abordaje metapsicológico, los puntos de vista estructural y genético, los principios de base del funcionamiento psíquico y la teoría de la libido, René Spitz<sup>70</sup> (1887-1974) conceptúa de modo innovador las etapas de la génesis de la relación objetal y de la comunicación humana cuando distingue tres fases del desenvolvimiento de la primera infancia: el estadio pré-objetal o no-objetal, el precursor del objeto y la

---

<sup>68</sup> Lacan, 1949, *El estadio del espejo como formador de la función del yo*, pág. 96-97.

<sup>69</sup> Chemama, 1995, pág. 104.

consolidación del objeto libidinal. Este último, bastante importante para confrontar las dos teorías: la de Lacan y la de Spitz.

Para Spitz, el *Estadio Pré-Objetal o No-Objetal* corresponde, aproximadamente, al narcisismo primario de Freud. El bebé ignora el mundo a su alrededor y, por tanto, no reconoce el objeto libidinal. No consigue distinguir el Otro como separado de sí mismo. Ve al pecho materno como parte de sí mismo. No tiene una actividad psíquica y mental, y los afectos son indiferenciados y caóticos. El objetivo del bebé es alcanzar el placer, y cuando está en desequilibrio debido a estímulos externos (frío, calor, ruidos...) o internos (hambre, sed...) reacciona a las excitaciones negativas, llorando. Este sería el proceso de descarga para reducir el displacer y permitir la quietud.

La madre, con su intervención, suprime el Principio de Nirvana al suprimir la insatisfacción y traer el placer. La boca y las manos son fuentes de percepciones y experiencias que permiten la constitución de uno de los núcleos iniciales del Yo. Esta forma de percepción permite el pasaje progresivo de la orientación por el toque, para el sentido de orientación por la percepción a distancia. Así se inicia la constancia objetal y la formación del objeto. Durante esta fase narcísica, las pulsiones libidinales y agresivas aun no están diferenciadas.

---

<sup>70</sup> Spitz, R. 2000, *O Primeiro Ano de Vida*.

Hablemos ahora del *Estadio Precursor del Objeto*, que es donde el bebé empieza a 'prepararse' para el Estadio del Espejo.

El *Estadio Precursor del Objeto* ocurre a partir de los dos meses, cuando el precepto visual más reconocido por el bebé es el semblante humano. Es cuando el niño sonríe a un rostro, no importándole lo familiar o no familiar que sea, ya que su percepción es sólo del conjunto formado por la testa, los ojos y la nariz, vistos de frente y en movimiento. En este estadio, el progreso de la maduración física y del desarrollo psicológico del bebé le permite coordinar por lo menos parte de su equipamiento psicológico y utilizarlo para la expresión de una experiencia psicológica. Tal y como nos revela Spitz, en este estadio, el objeto libidinal aun no se ha establecido porque el bebé todavía no consigue distinguir entre una imagen y otra. Las consecuencias evolutivas de la instauración del primer precursor del objeto son varias: el bebé es capaz de ir más allá de la recepción de los estímulos interiores en consideración a la percepción de los estímulos externos; puede evitar durante cierto tiempo el Principio del Placer en consideración al Principio de Realidad; empieza a formar los trazos mnésicos; ocurre la separación del Yo y del Ello, y, un Yo rudimentario empieza a funcionar. En esta fase el bebé pasa de un estado activo a una posibilidad de acción dirigida, ya que la aparición de la respuesta a través de la sonrisa constituye el prototipo y la base de todas las relaciones sociales ulteriores. Las experiencias de placer y de displacer se renuevan. La satisfacción es manifestada por la sonrisa, y el desagrado por el

llanto. El fenómeno de la respuesta de la sonrisa es, no sólo el identificador de un afecto, sino una forma de realizar los procesos iniciales del pensamiento.

Para Spitz, el *Estadio de Consolidación del Objeto Libidinal* se estructura durante el primer año de vida del niño y evoluciona constantemente. En su transcurso aparecen momentos específicos caracterizados por cambios y reorganizaciones, que pueden ser descriptos como momentos claves de integración y maduración de las diferentes líneas de desarrollo. Spitz denominó a esos períodos de organizadores: *sonrisa social* el primero, *angustia del octavo mes* el segundo, y el tercero, *el dominio del <<no>>*. El nivel de organización psíquica alcanzado en este momento permite al niño diferenciarse del mundo externo y establecer intercambios más complejos que los precedentes.

El período organizador denominado por Spitz de *Sonrisa Social*, ocurre en el tercer mes, cuando el progreso de la maduración física y del desenvolvimiento psicológico del bebé le permite coordinar parte de su aparato somático y utilizarlo para expresar una experiencia psicológica: ahora responderá al rostro del adulto con una sonrisa.

Pasemos en este momento a elucidar el Estadio de la *Angustia del Octavo Mes* en comparación al Estadio del Espejo, teorías complementarias a la investigación de esta fase del sujeto. En torno al octavo mes, la capacidad de diferenciación perceptiva diacrítica ya está bien desarrollada, por esto, el niño

empieza a extrañar los rostros de los desconocidos porque los confronta con el de su madre. Esta manifestación de ansiedad indica el preludio del segundo organizador psíquico que suscita la consolidación de una verdadera relación objetal: la madre se torna objeto libidinal.

La famosa *angustia del octavo mes*, aunque se llame así, varía de niño para niño y puede ubicarse entre los seis y los ocho meses, coincidiendo con el Estadio del Espejo referido por Lacan, comprendido en el período entre los seis y los dieciocho meses. El hecho de empezar a los seis meses no es una manifestación de precocidad, ni de inteligencia, simplemente está dentro de los parámetros evolutivos normales.

La *angustia del octavo mes* es la primera manifestación de angustia propiamente dicha. El bebé se angustia por la pérdida - aunque sea momentánea - del objeto de amor, es decir, de su mamá. Hasta el momento, los intereses del bebé pasaban por la satisfacción de sus necesidades: necesidad de amor, alimento y limpieza. Al bebé no le importaba demasiado, por ejemplo, que el pañal se lo cambiara su mamá o una tía lejana. Sin embargo al llegar a este momento evolutivo, comienza a distinguir entre su mamá y las personas que le son familiares, de aquellas a las que no ve a menudo, que le son extrañas. Puede establecer intercambios más complejos con el mundo que lo rodea porque distingue y elige "objetos" de amor. La preferencia por su mamá adquiere primacía y no tolera que ésta se aleje de su presencia. Esa es la razón por la cual los extraños

le provocan reacciones de desagrado y se resiste a tomar contacto con ellos. La alta demanda del bebé suele provocar muchas veces sensaciones de agobio y deseos de recuperar espacios personales.

Al final del primer año el bebé camina, multiplicando sus actividades y distanciándose cada vez más de su madre. Esta empieza a imponerle límites, provocando en el bebé el miedo de perder su objeto libidinal por la desobediencia, levándolo a la agresividad por sentirse impotente para reaccionar. En esta fase el Yo se estructura y delimita sus fronteras con el Ello de un lado, y el mundo exterior del otro. El bebé progresa en los sectores perceptivo, motor y afectivo, empieza a reconocer cosas inanimadas, y a demostrar celos, cólera, omnipotencia, afecto, alegría, etc. Amplía sus relaciones con los demás, tornándose cada vez más independiente de su madre.

El tercer organizador que se revela a los 15 meses - el dominio del <<no>> - indica que el bebé, por el gesto del giro de la cabeza, llegó a concretizar la abstracción de una recusa o de una denegación. Cuando el bebé domina el "no" demuestra que el tercero organizador psíquico ya está formado e iníciase la comunicación verbal marcada por una gran obstinación en el segundo año de vida.

Lacan, así como Spitz, presenta el drama instaurado para el niño delante de la visión de su imagen reflejada en el espejo. Esa imagen que es para el



niño le es placentera, por anticipar algo que aún está por venir. El niño, hundido en su impotencia motora y dependiente del otro, ve a su propia imagen instantáneamente completa y autónoma. Hay una quiebra temporal, futuro y presente se sostienen. A partir de esto, podemos notar que la relación del sujeto con Uno mismo, no será más la misma. Siempre habrá una imagen del mundo externo indicando algo. Es como encontrar un "Yo" que dice cosas sobre el futuro, cosas que parecen imposibles o impensables hasta ese encuentro inesperado.

El Estadio del Espejo resalta el papel estructurante de la imagen, a medida en que organiza un cuerpo a partir de una promesa de unidad. *"La función del estadio del espejo se nos revela (...) como un caso particular de la imago"*<sup>71</sup> que no es otra que la de producir *"efectos formativos sobre el organismo"*<sup>72</sup>. Aparece como siendo *"un drama cuyo impulso interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación"*<sup>73</sup>. Lo fundamental no es tanto verse a sí en el espejo como el caso del adulto que sostiene al bebé de pie, ratificando a éste que la imagen es justamente la suya misma. Es el adulto quien dice al niño que la Gestalt que está allí y que es semejante a los otros es la suya, o sea, que es así que los otros le miran o que es eso lo que los demás se refieren cuando hablan de él entre ellos. El adulto es aquel que articula la promesa: siendo como esta imagen tú serás Uno más entre tus semejantes. De esta manera, cabe decir que es el adulto quien le unifica, a medida que lo reconoce como Uno.

---

<sup>71</sup> Lacan, 1949.

<sup>72</sup> Ibídem.

El fenómeno imaginario hace coincidir la imagen con el objeto real. Surgen comportamientos consecuentes que llevarán al sujeto hacia su objeto por intermedio de la imagen. Es decir que el sujeto forma una imagen imaginaria a través del fenómeno del espejo, cree en ella, para acercarse más fácilmente al objeto real. Él crea un objeto imaginario por no tener el coraje de enfrentarse al objeto real<sup>74</sup>. La imagen reflejada indica, para un ser desorganizado, un cuerpo despedazado que sólo puede ser percibido así, debido a la anticipación de la imagen totalizada.

Lacan no está distante de Freud en el proceso de construcción del sujeto, como se puede ver en la breve presentación del texto *"Sobre el Narcisismo"*, el sujeto dentro de la teoría de la libido. Dentro de la teoría freudiana, la fase inicial del desenvolvimiento es de las pulsiones auto-eróticas. La libido está esparcida en el cuerpo antes de la formación del Yo. Se inicia una escisión durante la evolución del Yo, que funda el Yo Ideal (identificación con ambos padres, imagen impuesta por lo externo) y el Yo actual (lo que está siendo constituido a través del proceso de castración).

Podemos relacionar la fase de las pulsiones auto-eróticas con la del cuerpo despedazado en la teoría de Lacan, hay una estructura desorganizada en

---

<sup>73</sup> Ibídem.

<sup>74</sup> Lacan, 1981, Seminario I: XI *-Ideal del yo y yo-ideal*, pág. 210.

ambos. Aparte de eso, el período de desenvolvimiento del Yo es comparable al conflicto del Estadio del Espejo, por existir una imagen a ser alcanzada tanto en la teoría de la libido (impuesta por los padres) cuanto en la teoría de Lacan (una visión anticipada). En este caso, una cosa no descarta la otra. Por el contrario, son simultáneas, esto es, la imagen impuesta por los padres es vinculada a la imagen reflejada en el espejo. El narcisismo primario y el Estadio del Espejo son esenciales para el desenvolvimiento del niño. Existe una alienación necesaria (el niño volcado hacia él mismo) que posibilitará construir un proyecto identificador que tiene inicio en la identificación imaginaria, terreno sobre el cual irán anclándose las identificaciones posteriores. En verdad, Lacan percibió que, más que propiamente la madre y el padre, importan las funciones desempeñadas por la madre, por el padre, o por quien los sustituya.

En el estadio del espejo, el bebé con un Yo aún fragmentado ve su imagen unificada en espejo; esta imagen pasa a servir de referencia organizadora de la integración de este Yo. La misma función del espejo es prestada por la mirada de la "madre" que reconoce al niño, permitiéndole que se reconozca como distinta de ella. Es la función madre, que puede ser ejercida por cualquier persona, actuando por el reconocimiento.

El Estadio del Espejo introduce el elemento simbólico en el psiquismo a través de la interdicción edípica. La aceptación de la interdicción del incesto propicia la internalización de la ley, y abre las puertas para que el niño se incluya

en el espacio de las reglas sociales. Es la función del padre la que actúa en ese estadio.

## H. Bibliografía

CHAMORRO, Jorge; NEMIROVSKY, Frida y otros. 1996. "Estructura de la Culpa". Uno Por Uno, Revista Mundial de Psicoanálisis, nº 43, p. 39-70. Eolia: Barcelona, Argentina.

CHEMAMA, Roland 1993. Dictionnaire de la psychanalyse: dictionnaire actuel des signifiants, concepts et mathèmes de la psychanalyse, Larousse. Trad. Portugués 1995: Dicionário de Psicanálise Larousse. Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.

DOR, Joël 1985 *Introdução à Leitura de Lacan*. Estrutura do Sujeito. Vol. 2, Cap. 1 y 2. Artes Medicas. Serie Discurso Psicanalítico: Porto Alegre, Brasil.

DURAND, Gilbert. 1969. *Les structures antrophologiques de l'imaginaire. Introduction à l'archetypologie générale*. Écrits. Dunod: París, Francia. Trad. 1992: *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*.

FREUD, Sigmund. 1914. *Introducción al Narcisismo*. Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hélade.

FREUD, Sigmund. 1915. *Los instintos y sus destinos*. Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hélade.

FREUD, Sigmund. 1919. *Lo Siniestro*. Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hélade.

- FREUD, Sigmund. 1921. *Psicología de las masas y análisis del yo*. Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1923. *El yo y el ello*. Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hólade.
- KAUFMANN, Pierre. 1993. *L'apport freudien: Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Éditions Bordas: París, Francia. Trad. Portugués 1996: *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lacan*. Primeiro Grande Dicionário Lacaniano. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- KAUFMANN, Pierre 1996. *Primeiro Grande Dicionário Lacaniano*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- LACAN, Jacques. 1975. *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre I: Les écrits techniques de Freud, 1953-1954*. Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1981: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro I: Los Escritos Técnicos de Freud, 1953-1954*. Ediciones Paidós: Barcelona.
- LACAN, Jacques. 1977. *Las formaciones del inconsciente: "Jacques Lacan y la estructura del inconsciente"*, por Jan Miel. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- LACAN, Jacques. 1991. *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XVII: L'envers de la psychanalyse*. Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1992: *Para Além do Complexo de Édipo. O Seminário. Libro 17: O Avesso da Psicanálise, 1969-1970*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- LACAN, Jacques. 1949. "Le stade du mirror comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique", *Écrits*, Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1998: *O estádio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*. En: *Escritos, 1936-1966*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- LACAN, Jacques. 1975. *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XX: Encore, 1972-1973*, Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1985: *El Amor y el Significante*. En: *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 20: Aun, 1972-1973*, Paidós: Barcelona.
- LACAN, Jacques. 1973. *El Seminario 11: "Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis"*. Ed Paidós: Buenos Aires, Argentina.

- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. 1967. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Presses Universitaires de France: París. Trad. Portugués 1983: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes, 7ª edición: São Paulo. Trad. Port. (2000): *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes: São Paulo, Brasil.
- NASIO, J. D. 1994. *Introduction aux oeuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*, Éditions Payot & Rivages. Trad. Portugués 1997: *Introdução às Obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- ORTIZ DE ZÁRATE, Amaya. 1997. *Psicótico o Psicópata*. Texto publicado en Trama&Fondo nº 2, Madrid.
- REQUENA, Jesús Gonzáles. 1996. *El Texto: Tres Registros y una Dimensión*. Texto publicado en Trama&Fondo nº 1, Madrid.
- ROUDINESCO, Elisabeth y PLON, Michel. 1997. *Dictionnaire de la psychanalyse*. , Librairie Arthème Fayard: París, Francia. Trad. Portugués 1997: *Dicionário de Psicanálise*, Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- ROUDINESCO, E. 1995. *Jacques Lacan*. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Anagrama: Barcelona.
- SPITZ, René A. 1965. *The First Year of Life*. International Universities Press, Inc. Trad. Portugués 2000: *O Primeiro Ano de Vida*, Martins Fontes, 2ª ed. 2ª tiragen: São Paulo, Brasil.
- ZIMERMAN, David E. 2001. *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Artmed Editora: Porto Alegre, Brasil.

#### **4) Otras Aportaciones Sobre la Teoría de la Culpa**

##### **A. Aportaciones de Carlos Castilla del Pino**

###### **a) Vida y Obra de Castilla Del Pino**

Castilla del Pino nació en San Roque, Cádiz, el 15 de octubre de 1922. Inició sus estudios universitarios al comienzo de la década de los setenta. Estudió medicina en Madrid, y en el tercer curso de carrera empezó a trabajar con López Ibor. En el 5º curso se incorporó al Departamento de Histología del Instituto Cajal. Se licencia en Medicina y Cirugía en la Universidad de Madrid, donde también se doctora con la tesis *"Fisiología y Patología de la Percepción Óptica del Movimiento"*.

Desde 1949 hasta 1987 es director del Dispensario de Psiquiatría de Córdoba, donde desarrolla una importante labor asistencial. Ponente en varios congresos internacionales, destaca su intervención en el IV congreso Nacional de Neuropsiquiatría en 1952 con el trabajo *"El punto de vista clínico en la sistemática psiquiatría actual. Teoría Nosológica "* ·

A pesar de que durante años es vetada su pertenencia a la Universidad, desde 1977 imparte docencia en la Facultad de Medicina de Córdoba, siendo nombrado posteriormente catedrático de Psiquiatría hasta su jubilación en 1987- Es doctor "honoris causa" por la Universidad Nacional de San Marcos de Lima (Perú).

Carlos Castilla del Pino es un destacado investigador en el campo de la psicopatología y uno de los pensadores más reputados del panorama español. Los orígenes de la actitud intelectual y del punto de vista epistemológico que caracteriza la obra de Castilla del Pino, manifiestos en sus primeros años de investigación, tienen sus orígenes en la neuropatología y en la vertiente interpretativa. *Pero estas dos vertientes no se aúnan en un mero eclecticismo: lo fisiológico, lo psicológico y lo social son concebidos como distintos niveles que se interfieren y contraponen dialécticamente*<sup>1</sup>.

La línea original de pensamiento que le caracteriza está determinada por la introducción en la Psiquiatría del pensamiento dialéctico originado en Marx y asimismo por la dialecticidad que representa la investigación y la teoría psicoanalítica (en este sentido destaca su obra *Psicoanálisis y Marxismo*.) La influencia de Freud y de los psicólogos norteamericanos Mead y Merton son determinantes. Asimismo la conducta como acto de relación, de lenguaje y su

---

<sup>1</sup> Díaz Patricio, 1997, pág. 12.



intencionalidad, así como su análisis interpretativo, hermenéutico, son temas básicos y originales de su investigación.

Su obra se inició con una orientación positivista, con apego a las ciencias biológicas influenciadas por la figura de Ramón y Cajal. Concomitantemente se le despierta la tendencia humanista, fruto de las enseñanzas recibidas de su preceptor intelectual, don Federico Ruiz Castilla. A parte de lecturas de las obras de Ramón y Cajal, este preceptor le hizo leer en su pubertad a Ortega, Marañón, Azorín, Baroja, Kant, Luis Vives, entre otros. En la adolescencia lee a Freud y Nietzsche. Posteriormente se interesa por Kierkegaard, Heidegger, V. Von Weizsäcker, Kraepelin, Marx, etc.

## **b) La Culpa**

Referente a la culpa, Castilla Del Pino plantea que cuando una persona concluye que algún factor interno es la causa de su fracaso, se siente inferior, incapaz, inadecuado, triste, angustiado (percibe que su propio Yo está desprovisto de algo muy importante, como una calidad, y así empieza a preguntarse por qué “no soy diferente”, por que “no soy de tal forma”, etcétera. Una demanda de algo que no tiene dentro de sí o cree no tener es lo que desencadenará un proceso de culpa. Empieza a auto-culparse. El concepto de culpa en este caso, corresponde a

la emoción de haber actuado erradamente por carecer de elementos necesarios, vitales o de características esenciales para un ser humano.

El hecho de estar falto de, le induce a un sentimiento de haber violado alguna norma, eso es, el precepto que el propio individuo estipula para su vida, o aquello en que cree ser norma de vital importancia. La persona puede sentirse incapaz de ser amada por su madre, notarse sin el pré-requisito interno adecuado para alcanzar este objetivo y sentirse violando el precepto de lo “normal”. El individuo se siente fracasado en la obtención de un resultado deseado<sup>2</sup>.

El fenómeno de culpa contiene un sentimiento general de responsabilidad<sup>3</sup>. Un gran número de autores como Castilla Del Pino, Berrios, Elvin-Nowak, Tellenbach, Grinberg, Tangney y Vázquez coinciden en que la culpa es una aceptación de la responsabilidad de uno frente a sí mismo, por haber hecho algo malo o por haber dejado de hacer algo que se esperaba que se hiciera o cumpliera, suscitando sentimientos de descalificación personal<sup>4</sup>.

La mayoría de estos autores, partiendo de diferentes tipos de abordajes terapéuticos, apoyan la idea de que la autoinculpación excesiva ante un suceso negativo es una de las principales características para describir el

---

<sup>2</sup> Castilla Del Pino, *La culpa*. pág. 333.

<sup>3</sup> Elvin-Nowak, 1999.

<sup>4</sup> Tellenbach, 1976; Castilla Del Pino, 1991; Elvin-Nowak, 1999; Grinberg, 1994; Tangney, 1993; Vázquez, 1995.

pensamiento depresivo. Coincidiendo con el estilo atribucional de Ross<sup>5</sup>, que hace mención a que las personas tienden a atribuirse a sí mismas la causa de los malos resultados. La persona que vive la culpa, experiencia su propia responsabilidad ante la decisión resultante de una *práxis* determinada y de la actual situación de culpable<sup>6</sup>.

Estos autores reconocen la Culpa Imaginaria, y no se refieren sólo a la culpa edípica. Berrios y Castilla del Pino, también hablan de culpa imaginaria vinculada a la propia identidad inconsciente del Yo.

Berrios habla al menos de dos clases de culpa: una ligada a una transgresión y otra difusa, que a nosotros nos interesa más por hablar de la culpa inconsciente.

Para Berrios<sup>7</sup> existen dos formas de definir la culpa, dentro del ámbito clínico: la culpa imaginaria y la culpa afectiva. La culpa imaginaria experimentada en relación con una acción concreta en la que el delito es imaginario, o en el que se exagera su realidad. La culpa imaginaria proviene, como apunta Freud de la identificación del investimento erótico del objeto, o en términos lacanianos de la identificación con el objeto. El segundo concepto se refiere a la culpa afectiva, en la

---

<sup>5</sup> Citado por Sanz y Vázquez, 1992.

<sup>6</sup> Castilla Del Pino, 1991.

<sup>7</sup> Berrios y cols, 1992.

que el sujeto es incapaz de especificar el delito, y sin embargo, tiene una clara observación de la culpa y de la falta de autovaloración.

El psicoanalista cordobés Carlos Castilla del Pino<sup>8</sup>, también habla de Culpa Imaginaria, vinculada a la propia identidad inconsciente del Yo. Él distingue fantasía de imaginación, comentando que "*en la imaginación el sujeto se representa mentalmente actuando en la realidad de forma que se prepara para intervenir en ella de manera más eficaz para el logro de sus deseos*". El sujeto desea crear una realidad interna para obtener un vínculo con el objeto y cuando no ocurre la satisfacción del deseo, aparece el sentimiento de culpabilidad. Construye un Yo para esa situación y como resultado el sujeto modifica el yo y su actuación desencadenando una enfermedad psicosomática o una depresión, para conservar, a cambio, su objeto ideal inmodificado. Esta es la idea final de esta tesis. Prácticamente no hay ningún aspecto del tema que se le escape a este autor, sobre el tema de la culpa, desde las distintas causas, pasando por las funciones que cumple para el afectado, hasta las consecuencias últimas del sentimiento de culpa, desde un punto de vista psico-dinámico.

Del Pino, así como Freud, hace distinción entre culpa "buena" y culpa "mala", esto es, entre culpa *normal* y *anormal*. Se refiere a que será *normal* o *anormal* dependiendo del *uso que la persona hace de ella, por la conciencia de la realidad que de*

---

<sup>8</sup> Castilla Del Pino, en su obra *El delirio, un error necesario*

ella posee el sujeto<sup>9</sup> “una interpretación errónea no es, por sí misma, una interpretación delirante, porque el error es vivido con conciencia de su realidad como tal error”. La persona puede no darse cuenta de que su interpretación personal es errónea, por creerla correcta, verdadera, sin embargo, *no se trata de un delirio* porque *no deja de basar su certeza en datos que proceden de la realidad*. La culpa *anormal* se alimenta de sí misma, el sujeto termina por vivir en función de la culpa que le impide alcanzar objetivos y metas que no sean los relacionados con suplir las necesidades de la culpa misma. Son personas que viven para la culpa, sin acceder a ningún mecanismo de reparación, no obstante purgan la culpa mediante el sufrimiento<sup>10</sup>

Según Castilla Del Pino hay que tener cuidado con los cambios impulsados por el sentimiento de culpabilidad por ser esta motivación no auténtica. El deseo de disminuir la ansiedad lleva el individuo a actitudes impulsivas con efectos inmediatos, con riesgo de abandonar el proyecto fácilmente. Otra forma de culpa anormal, es la *abyección*: el sujeto inicia la acción ya con intenso sentimiento de culpabilidad que le lleva a desistir de la misma o recaer en el mal, tal es la consciencia de la irreversibilidad del hecho, de la maldad de la acción. Las otras personas contribuyen a la irreversibilidad y adoptan frente

---

<sup>9</sup> Castilla Del Pino, 1991, *La Culpa*, pág. 177.

<sup>10</sup> Castilla Del Pino, *La Culpa*, 177.

a él formas más o menos declaradas de rechazo y agresión. Consecuentemente la agresión lleva a más agresión y así sucesivamente<sup>11</sup>.

Para Del Pino existen criterios de normalidad o anormalidad del sentimiento de culpa para la práctica psicológica, psicoterapéutica. En la medida en que la experiencia de la culpa deriva de una falta debe ser considerada como un <<error>> en nuestra acción sobre la realidad – culpa secundaria, que no es imaginaria. Es decir, el resultado de una apreciación inadecuada de la realidad y de la acción requerida ante ella. La conducta errada proporciona el aprendizaje sobre la realidad, volviéndonos al crecimiento del Yo. La conciencia del error o la de *praxis* inadecuada debe ser utilizada para la adquisición de la autoconsciencia – el darse cuenta de la necesidad de aprender y aprehender con mayor seriedad, responsabilidad y aceptación de sus propios fallos. A través del error se puede anticipar posteriormente la corrección inmediata y automáticamente, pasando por la concienciación<sup>12</sup>.

Bush M.<sup>13</sup>, usando una nueva perspectiva psicoanalítica, explica cómo se origina la culpa inconsciente irracional. Según esta perspectiva, la culpa inconsciente es un producto de creencias irracionales reprimidas derivado de experiencias traumáticas de la niñez – se entiende aquí por creencias irracionales reprimidas a la certidumbre que la emoción y la sensación ofrece al niño cuando

---

<sup>11</sup> Castilla Del Pino, *La Culpa*, 178.

<sup>12</sup> Castilla Del Pino, *La Culpa*, 188.

vive la situación traumática. Ocurre una especie de registro emocional que computa datos a través de la visión y audición principalmente, teniendo en segundo plano el olfato y el gusto. Lo que el niño ve y lo que oye son registrados conjuntamente con la sensación y la emoción, transformada posteriormente en sentimiento como es el caso de la culpabilidad. El autor enfatiza el papel de la culpa como una fuente de resistencia y transferencia. Como le pasó a la niña de ocho meses – Sr<sup>a</sup> H. - con el viaje de sus padres: hubo una interpretación de la realidad conforme creencias irracionales.

Respecto a las creencias “irracionales” de Bush y su papel en la resistencia, yo diría que en el análisis del episodio de los ocho meses – Sr<sup>a</sup> H. -, está claro que la niña construyó una representación imaginaria del hecho traumático digamos a posteriori, porque lo determinante en esa situación, y a esa edad crítica, los ocho meses, es el rechazo y la identificación con ese objeto no-lo-bastante-bueno. Luego pudo llamarlo “demasiado pequeña”, pero lo que ella recibió ahí en primer grado fue la descalificación.

No es baladí decir que a los ocho meses no hay esa “herramienta” para pensar, puesto que está el dolor del abandono, está la depresión y la somatización. Sin embargo, cuando en el proceso psicoanalítico las memorias inconscientes reprimidas pasan por el proceso de concienciación, la mente adulta del sujeto sirve

---

<sup>13</sup> Buch, 1989.

de “intérprete” a la mente infantil, es decir, lograrse la elucidación de los sentimientos y emociones promotoras del núcleo causal del trauma que es el sentimiento de culpabilidad - en este caso en que estamos tratando. Para Bleichmar, cuando uno tiene ideales grandiosos, se siente impotente. El *Yo Ideal*, comparado con la representación del *Yo Actual*, produce un sentimiento de culpa, de vergüenza, etc. El sujeto vive un sentimiento de inferioridad - “yo no puedo”.<sup>14</sup>

En el caso del Sr. G. y la historia de Dostoyevski, ambos hablan de la muerte, esto es, del sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario respecto a la muerte del padre. Castilla Del Pino elucida que la muerte de un ser querido es un trauma, pero del que te recuperas por medio de ese proceso llamado 'duelo', que consiste en ir eliminando la imagen del objeto, que se va borrando hasta el momento en que te incorporas a la vida sin ella. Ambos, el Sr. G. y Dostoyevski amaban a sus padres y los odiaban a la vez. No pudieron tener el amor del padre o tampoco dar amor espontáneamente a estos ‘objetos’. Referente a la frustración amorosa, dice Del Pino que no sólo puede llevar a una depresión, y a veces a la locura, sino que, además, en determinadas épocas histórico-culturales se ha cultivado eso, como en el romanticismo. Toda pasión puede llevar a la locura, sea la amorosa, la celosa o la del odio.

*Lo importante es tener una conceptualización clara de lo que es la locura. La locura es un trastorno del juicio, y el juicio es la exacta percepción de lo que acontece en un momento determinado. Una cosa es*

---

<sup>14</sup> Bleichmar, 1997.



*cometer errores de interpretación, que se corrigen, y otra instalarse en el error y montar toda la vida en torno a él. En fin, lo de Don Quijote: una vez que me creo que soy caballero andante todo lo demás viene por añadidura. El loco es el que se instala en el error, pero nunca voluntariamente<sup>15</sup>.*

Referente a los sentimientos, Carlos Castilla Del Pino, dice que son herramientas de que dispone el individuo para estar interesado en los objetos que le rodean. *Sin los sentimientos seríamos prácticamente muebles.* Añade que los sentimientos tienen tres funciones: la primera es la de desear, eso es, interesarnos por los demás, que se puede encauzar de dos formas: amor u odio. La segunda función es hacer conocer el deseo, es decir, *hacernos observables o dar a conocer ese deseo para que el otro se vincule.* Por ultimo, la función de organizar subjetivamente la realidad, lo que el autor denomina "la cartografía subjetiva de la realidad". Quiere decir que todo ser humano tiene los mismos sentimientos (piedad, sentimientos éticos, estéticos...), pero luego cada uno ama u odia cosas diferentes (la cartografía) y que es lo que distingue a unos individuos de otros.

Si una de estas tres funciones falla, el sentimiento es anormal. Un ejemplo sería "amar a alguien sin lograr proyectar ese deseo; los demás no saben que ama y, por tanto, no puede obtener respuesta. Esto pasa a menudo en sujetos tímidos o inhibidos, porque tienen una imagen de sí mismos tan devaluada que creen que no pueden ser amados", explicó Carlos Castilla del Pino en Madrid, en la presentación de su libro *"Teoría de los sentimientos"*.

---

<sup>15</sup> Charla con el psiquiatra Carlos Castilla del Pino sobre Celos, Locura, Muerte, mantenida en 1995 con motivo de la publicación del libro del mismo título en Editorial. Debate, y rescatada ahora de los archivos de Joaquín Santaella.

La culpa y la depresión, están considerablemente concatenadas en distintos niveles. La depresión sigue siendo la patología mental más común y las causas pueden ser diversas. En la actualidad, es muy proverbial la depresión por la pérdida de un objeto amado y por la pérdida de imagen de uno mismo a cierta edad, es lo que Del Pino llama depresión por balance: uno hace balance de su vida en torno a los 50 años, de lo que deseó y de lo que es. El sentimiento de culpabilidad encubre las frustraciones, las más diversas enfermedades crónicas y la baja calidad de vida referente al trato consigo mismo. Cuanto más yo me auto-responsabilizo por ser quien soy, y si este “ser quien soy” no me agrada, conscientemente encuentro causas justificativas para no culpabilizarme, incluso los extra-punitivos buscan culpabilizar al otro, siendo que inconscientemente mi cuerpo y mi ‘alma’ se culpabilizan por ello. Cuando la culpa inconsciente sirve como instrumento de intra-punición, el cuerpo y la mente sufren las consecuencias enfermando.

El odio, sea hacia sí mismo o hacia el otro, es una más entre las emociones que acompañan el sentimiento de culpabilidad. Para Del Pino *la humanidad no sería lo que es si no hubiera sido por el odio*.

En su obra *El odio* (1997), Del Pino explica que el odio es una *relación virtual* con una persona y con la imagen de esa persona, a la que se desea destruir, por uno mismo, por otros o por circunstancias tales que deriven en la destrucción

que se anhela; que odiamos a todo objeto que consideramos una amenaza de nuestra integridad y que lo odiamos para salvaguardarnos de ella ante nosotros mismo; que nadie nos enseña a odiar, pero que también se puede aprender a hacerlo.

Un estudio realizado en la Universidad de Deusto, con un grupo de participantes asignados como culpables, inocentes con información, e inocentes sin información, cuya finalidad era verificar el efecto que producía en una persona inocente tener información relevante acerca de un crimen en la detección del engaño, contribuye a que el culpable de una mayor respuesta fisiológica cuando la pregunta formulada hace mención a un detalle del delito, puesto que apenas el culpable lo podría conocer por haber vivido el delito. Esto nos lleva a considerar que el hecho de ser culpable hace que el individuo tenga reacciones fisiológicas como lo es la psicopatización, aunque la culpa sea inconsciente. Hubo un aumento de la conductancia eléctrica de la piel y un descenso en la tasa cardíaca.

## **B. Bibliografía**

BERRIOS, G.E.; BULBENA, A.; BAKSHI, N.; DENING, T.R.; JENAWAY, A.; MARKAR, H.; MARTIN-SANTOS, R. y MITCHELL, L.S. 1992.

"Feelings of guilt in Major Depression". *British Journal of Psychiatry*. Vol 160, 781-787.

BLEICHMAR, Hugo. 1997. *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Paidós: Barcelona, España.

BUCH, M. 1989. "The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy". *Bull Menninger Clinical*. Mar; 53(2):97-107.

CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1991. *La Culpa*. Alianza Editorial S.A.: Madrid, España.

CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1998. *El Delirio, un Error Necesario*. Ediciones Nobel: Oviedo, España.

CORRAL, Susana, OTERO, J. BARRENETXEA, A. y LANDETA, O. 1988. "Información y Test de Conocimiento Culpable en la Detección del Engaño". *Psicológica*, 19, 187-199.

DÍEZ PATRICIO, Antonio. 1997. "La obra psiquiátrica de Castilla del Pino". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVII, nº 61, pp. 11-36.

#### **IV. HIPÓTESIS**

Ha1. Los sentimientos de culpa inconscientes y/o imaginarios tienen una relación directa con el origen y agravación de ciertas enfermedades físicas.

Ha2. El trabajo analítico sobre los sentimientos de culpa inconscientes y/o imaginarios puede curar ciertas enfermedades físicas.

Ha3. Es el proceso de simbolización que permite hacer conscientes los conflictos inconscientes y los correspondientes sentimientos de culpa lo que sana al paciente.

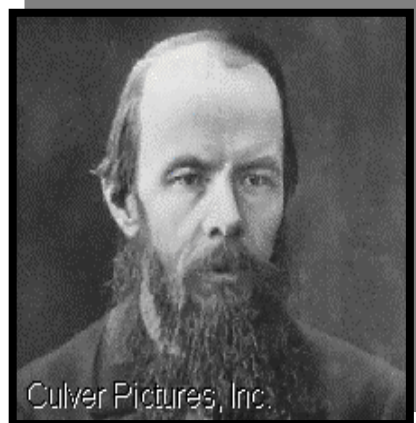
## V. HISTORIALES CLÍNICOS

### 1) Dostoyevski y la Metáfora Paterna

*«La finalidad de todo movimiento de un pueblo, en toda la nación y en todo periodo de su vida, es únicamente la búsqueda de su Dios, irremisiblemente suyo, y la fe en él como el único y verdadero. Dios es la personalidad sintética de todo el pueblo, tomado desde el principio hasta el final».*

*Fyodor M. Dostoyevski.*

Está demostrado en el artículo *“Dostoyevski y el Parricidio”* (1927 – 1928), que Freud tuvo un gran interés en ilustrar el pensamiento psicoanalítico analizando la obra maestra de ese célebre autor – *“Los Hermanos Karamázov”* –, que concomitantemente también



habla de su vida privada. Siguiendo en las lecturas de Freud sobre la culpabilidad, me encontré con ese artículo que me despertó gran disposición en investigar sobre la depresión y posible psicopatización del sentimiento de culpabilidad del autor

en el personaje Fiódor, movida por la inclinación en hacer una comparación con el Caso Clínico del Sr. G.<sup>1</sup> elegido para ilustrar a perfección el tema de esta tesis. Diversas situaciones encontradas en la obra de Dostoyevski fueron encontradas también en el Caso Clínico de la Sra. H.<sup>2</sup>, comentado brevemente.

Muerte y culpa son dos temas que ha mucho trillan el camino juntos, de la misma manera que el deseo y la realidad caminan lado a lado dificultando la distinción entre uno y otro en nuestro inconsciente. Elisabeth Kübler-Ross<sup>3</sup> dilucida que la culpa tal vez sea la compañera más dolorosa de la muerte.

Varios filósofos solían llevar sus propios pensamientos a las formas literarias. Fyodor Mikhaylóvich Dostoyevski (1821-1881) es probablemente una de las más importantes figuras literarias del siglo diecinueve que logra penetrar en la mente y en el corazón humanos con una visión excepcional y por quien la ficción tuvo una insondable influencia en el clima intelectual moderno. Leer sus cuentos, sus obras es enterarse de sus pensamientos y de toda su vida.

No tengo la pretensión de hacer un estudio exhaustivo sobre la vida y obra de ese importante novelista, apenas dar a conocer la esencia de su perfil

---

<sup>1</sup> Véase en esta Tesis, en el Apartado IV, *Historiales Clínicos*, 2) *El Sr. G.*

<sup>2</sup> Véase en esta Tesis, en el Apartado IV, *Historiales Clínicos*, 1) *Dostoyevski y la Metáfora Paterna.*

<sup>3</sup> Elisabeth Kübler-Ross, *Sobre la Muerte y el Morir*, 1989, pág. 167.

psicológico y la forma como él “psicosomatizó”<sup>4</sup> su sentimiento de culpa en el contexto de sus obras y cómo sufrió su depresión.

Eso nos traslada a la obra “*Escribir la Clínica*” de Renato Mezan<sup>5</sup>, en que el autor hace una comparación entre la psicosomatización y la elaboración de la obra de un artista o escritor. Referente al tema del arte, haremos breves comentarios ya que lo consideramos un tema sumamente importante como para esbozarlo en pocas líneas.

Según Renato Mezan el sufrimiento psíquico puede encontrar vías psíquicas de elaboración y alivio que eventualmente conducen al nacimiento de una obra. Una obra es una manera de alcanzar una poderosa catarsis, pero dependiendo de la naturaleza y de la intensidad del sufrimiento, la creación de la obra puede no bastar para agotarlo. El autor recuerda que Van Gogh expresó en el arte su sufrimiento pero esto no le impidió el suicidio. Eso nos conduce al pensamiento de que la elaboración de una obra puede ser “equiparada”<sup>6</sup> a la elaboración de una enfermedad psicosomática, y que la psicosomatización sirve

---

<sup>4</sup> Utilizamos aquí la palabra “psicosomatizó”, entrecomillada, para referirnos a que el autor, para no utilizar su cuerpo, utiliza la obra a fin de transformar un conflicto psíquico, no en enfermedad orgánica, sino en obra de arte – a pesar de que no siempre Dostoyevski pudo hacerlo, puesto que no pudo “huir” de la epilepsia. Desvía su energía psíquica hacia la obra de arte al invés del cuerpo. La enfermedad es una expresión simbólica del conflicto psíquico, así como lo es la obra de arte. Existe también en la enfermedad una universalidad del simbolismo, así como en ella obra de arte.

<sup>5</sup> Renato Mezan, *Escrever a Clínica*, 1998, pp. 68 y 69.

<sup>6</sup> Obviamente no queremos reducir la obra de arte a una “enfermedad”, puesto que la creación de una obra de arte es superior, simbólicamente, a la creación de un síntoma somático. No obstante, si el arte puede ser la expresión del dolor, o la transformación de los impulsos inaceptables en motivaciones socialmente válidas, eso es, una sublimación, entonces, no sería baladí decir que el obra de arte puede asemejarse a la expresión de un transtorno “somático” de tipo funcional de origen psíquico, considerando aquí a ejemplo, el soma como el libro o la tela.



como proceso catártico del sentimiento de culpabilidad. Para hacer una catarsis de este sufrimiento, el cuerpo intenta ayudar, expurgando este dolor a través del cuerpo, provocando una enfermedad psicosomática.

La emoción es uno de los factores necesarios, pero la emoción apenas no basta para hacer surgir el "arte", o en este caso, la "psicosomatización". La emoción debe ser trasformada y expresada, como nos lo comenta Mezan, en un medio gestual, "plástico" - orgánico, sonoro o verbal, para que pueda contribuir a la génesis de la "obra". Aquí este autor introduce la distinción entre emoción como puro vivido, y algo más, necesario para configurar esa emoción en una "obra de arte"<sup>7</sup>, es decir, el equivalente de una enfermedad. Para formarse una

---

<sup>7</sup> Desde sus inicios el psicoanálisis ha mantenido una relación muy fructífera con el arte, produciéndose una mutua influencia que comienza con las vanguardias históricas (sobre todo con el surrealismo y el dadaísmo) y se mantiene en la actualidad. En la obra de Freud hay un interés evidente por desentrañar la naturaleza del arte, con referencias a Leonardo De Vinci, Miguel Ángel, Dostoyevski o el mito de Edipo. Para el padre del psicoanálisis, el objeto artístico era interpretable en función del significante, concibiéndolo como una materialización del mecanismo de sublimación "que permite satisfacer las exigencias del yo sin estimular la represión". Para Lacan, el objeto artístico habría que calificarlo como un "síntoma", algo inscrito en el registro de "lo real", que no puede ser abordado mediante la imagen y la palabra (que no es interpretable ni descifrable). La obra de arte es irreductible, inabarcable, no se deja apresar por las significaciones y las explicaciones. Nuestra capacidad para comprender el significado inconsciente de la conducta o los síntomas depende, como en el caso de cualquier otro tipo de lenguaje, de la existencia de un sentido unívoco con respecto a determinadas "unidades" o estructuras significativas, aunque las posibilidades de combinación, prácticamente ilimitadas, de estas unidades, nos enfrenten con posibilidades de expresión igualmente ilimitadas. El síntoma somático constituye el desarrollo actual de tal idea inconsciente. El fenómeno somático adquiere un significado, por hacerse psicológicamente comprensible en la conciencia del sujeto. El sujeto que capta un significado "psicológico" experimenta un estado de ánimo que también puede ser descrito u observado como somático. Lo que debemos intentar descubrir en la obra de arte, que se remonta a la más lejana iconografía artística, es la quintaesencia de la personalidad, no una fachada con más o menos aditamentos que resalten o disimulen cosas que podrían pasar desapercibidas. El fin de una obra artística puede ser lo bello, lo agradable - y de hecho lo es casi siempre - pero también lo verdadero. Cuando el pintor deja que la imagen nos transmita emociones, cuando permite que relate por su cuenta, nos damos de frente con la realidad, una realidad que significa en el caso nuestro el hallazgo del caso clínico inesperado. Cada arte es una versión completa de sí mismo. Entiéndase: no la versión completa de sus innumerables recursos e intuiciones plásticas, pero sí su íntimo conflicto entre una pasión por la claridad y una íntima propensión a lo crepuscular. Sólo la prodigiosa alianza entre el ingenio de sus sentidos y la maestría de su oficio permiten al artista mantener los dos cabos de la cuerda y transformar así este conflicto en, no un síntoma, sino una serie de obras de arte en cascada. Complementando nuestro pensamiento, podemos decir que para el psicoanálisis, la somatización es producida por una desviación de la energía psíquica hacia el soma, que suele expresar

enfermedad psicosomática es necesario una emoción, pero una emoción “con dolor”. *“El dolor para producir una obra de arte, precisa ser intensa, ma non troppo, y necesita ser un dolor psíquico”*.<sup>8</sup>

El proceso anteriormente explicado por Mezan<sup>9</sup> sobre el nacimiento de una obra puede ser igualado al surgir de una enfermedad psicosomática, que no deja de ser una forma de hacer catarsis y una manera de transformar y expresar de forma “visible”, más perceptible, como un pedido de socorro, contribuyendo para la génesis de la “obra psicosomática”.

Siguiendo en el pensamiento de Renato Mezan que dice que *“emoción, más algo diferente de emoción, que es la forma, son elementos necesarios para producir una obra de arte”*<sup>10</sup>, hacemos hincapié en decir que sentimiento de culpa más algo diferente de culpa produce una psicosomatización. Este autor dice más, que *“la emoción es uno de los factores que impulsan el artista a la creación”* así como la emoción es uno de los factores responsables de la génesis de la psicosomatización.

Partiendo de la idea de Mezan, *“es necesario que el artista de forma a su experiencia”*, así como el enfermo necesita dar forma a su experiencia de culpabilidad

---

simbólicamente conflictos psíquicos reprimidos, sea en forma de síntomas somáticos o enfermedad orgánica. La obra también es una desviación de energía psíquica, solo que no hacia el soma sino hacia la propia obra. Frente a todo esto, no es baladí decir que la obra es la transformación de un conflicto psíquico, no en enfermedad orgánica como el caso de la somatización, sino en obra de arte.

<sup>8</sup> Renato Mezan, *Escrever a Clínica*, 1998, pág., 90.

<sup>9</sup> *Op.cit.*, pág. 85.

<sup>10</sup> *Op. cit.*, pág. 86.

a través de su obra/psicosomatización<sup>11</sup>. El “dar forma” es lo mismo que provocar una enfermedad. No quiero decir con esto que todo sentimiento de culpabilidad va a generar una enfermedad psicosomática. Esto nos reporta al artículo de Ortíz de Zárate<sup>12</sup>, *“La Psicología del Arte de Vygotsky”: así el arte se revelaría como una suerte de terapéutica para el artista y para el espectador, un medio de resolver el conflicto con el inconsciente sin caer en la neurosis*. A esto me refería anteriormente respecto a “equiparar” la obra con la psicosomatización: el artista, para no psicosomatizar, no neurotizarse, elige la obra como una válvula de escape; ya el paciente, como no se utiliza de la obra como herramienta, enferma el soma como una elaboración de su “arte”.

Mezan comenta que la emoción por sí sola no basta para hacer arte. Lo que falta a la emoción para configurar una obra de arte es que esa emoción sea *informada, colocada dentro de una forma. La forma exprime, elabora y transforma la emoción*. La culpa es colocada dentro de una *forma*, eso es, un órgano escogiendo el más vulnerable para dar el alerta del dolor más fácilmente, y eligiendo aquel en que la función orgánica sirva como función psíquica: purificar, eliminar, expurgar, procesar, etcétera.

Tenemos la intención precisa de utilizar el interesante y en su época novedoso método de Dominique Arban, utilizado en sus obras dostoyevskianas: la confrontación de los personajes de Dostoyevski y sus conflictos con el drama

---

<sup>11</sup> Hacemos un paralelo entre obra y psicosomatización porque nos parece interesante que ambos tengan el mismo desarrollo.

personal de su creador. Trátase de hacer conocer a Dostoyevski por medio de su obra, produciendo deliberadamente un documento humano<sup>13</sup>.

En la brillante personalidad de Dostoyevski, en la que Freud señala haber hallado cuatro facetas: el poeta, el neurótico, el moralista y el pecador; nos detendremos en el ser humano como un todo. En su lado oscuro y en su luminiscencia: en sus bravuras, sueños, miedos, deseos, amores y odios.

Freud consideró que el aspecto más accesible de Dostoyevski era el de moralista, conceptuando a *quien reacciona ya contra la tentación percibida en su fuero interno y no cede a ella*<sup>14</sup>. Dice que el que peca se plantea una descomunal exigencia moral, obviamente movido por el remordimiento. Según lo postulado por Freud, Dostoyevski vive una constante lucha moral, intentando *conciliar las aspiraciones instintivas del individuo con las exigencias de la comunidad humana*<sup>15</sup>. Esa lucha termina por someterle a la *autoridad del zar y de Dios*. Ese para Freud era el punto más débil de la personalidad de este renombrado escritor.

Para tener acceso con madurez a sus novelas, a las tramas infinitamente más complejas y secretas, el hombre tiene que, en efecto, pasar de los bastidores para la escena, eso es, ser condescendiente con las exigencias del

---

<sup>12</sup> Ortíz de Zárate, Amaya, *La Psicología del Arte de Vygotsky: Los límites de la Psicología Cognitiva*, 1996, nº3, pág. 35.

<sup>13</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953.

<sup>14</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hélade electrónica, 1996.

<sup>15</sup> *Ibídem*.

*genio* que hay en él para tornarse independiente. Eso lo hicieron muy bien diversos biógrafos, entre ellos Dominique Arban.

La investigación minuciosa sobre los primeros escritos del autor, poco conocidos y no tan bien elaborados o examinados por la crítica, fueron prodigiosamente estructurados en las obras de Dominique. Son *textos menores, de técnica rudimentaria en que pocas veces aparece el genio*<sup>16</sup>.

En su obra "*Le Coupable*", Dominique destaca el valor documental y psicológico de los escritos de Dostoyevski. Explora constantemente ciertos aspectos esenciales como temas, personajes, problemas, situaciones, intrigas, presentando a veces algunas reflexiones. A pesar de los distintos contextos, están perfectamente relacionados y su convergencia es singularmente reveladora cuando es equiparada a los datos biográficos del autor Dostoyevski y sus principales acontecimientos, experiencias, principalmente en la infancia cuyo recuerdo nunca cesó de acompañarlo y modelar su comportamiento. No se puede olvidar que el conocimiento, por más profundo que sea, en sus orígenes, del terreno psicológico al fisiológico, no permite de forma alguna explicar, y mucho menos comprender, su significación específicamente literaria, sus resonancias y profundizar en los planes éticos, religiosos, etc..

---

<sup>16</sup> Dominique Arban, véase en el Prefacio de Boris Schloezer, 1953.

Renombrado como uno de los escritores más importantes en la historia mundial, Dostoyevski escribió intensas novelas que sondearon las motivaciones y las justificaciones morales para las acciones de sus caracteres psicológicos. De perspectiva estrictamente psicológica, se dirigió hacia temas como el forcejeo entre bueno y malo dentro del alma humana y la idea de salvación a través del sufrimiento<sup>17</sup>. Concilia el melodrama sentimental con el drama social<sup>18</sup>. Crimen, suicidio, asesinato, alcohólicos, soñadores, estos son los componentes de las romancescas obras dostoyevskianas. Él creaba héroes dinámicos, autónomos, trágicos y los ponía en situaciones extremas. La visión de la naturaleza humana que surge en las novelas de Dostoyevski es de imprevisible y penetrante autodestructividad; entiende que sólo el amor cristiano puede salvar a la humanidad de sí misma, pero tal amor no puede entenderse filosóficamente.

Es notorio que Dostoyevski buscaba esconderse detrás de máscaras, de una ficción insólita y poco convincente, como si no tuviera importancia el hecho de transparentar la realidad. Lo hace sin saber hacerlo, no consigue esconderse totalmente y sin darse cuenta se revela.

Desde los primeros escritos, "*Pauvres Gens*" ("Pobre Gente", 1846 - la historia de amor infeliz de un empleado gubernamental humilde) a "*Los Hermanos*

---

<sup>17</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág.15.

<sup>18</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág.127.

*Karamázov*", el autor se revela y al mismo tiempo se disimula a sus propios ojos y sin duda alguna, a los ojos de los demás<sup>19</sup>.

Dostoyevski otorga a sus personajes características de su propia persona y de los que hacen parte de su vida. Inspirase en personajes de la vida real, una realidad transmutada en los alambiques de una psicología compleja. Estuvieron siempre presentes los rasgos del padre y el perfil del propio Fyodor como el *viejo malo*, el asesino, el bandido, el mujeriego, el vil, el terror. Utiliza una *tipología de rusos*, animados por el espíritu mordaz, rencoroso, inigualable, que termina por ser su propia signatura. Son personajes que inducen al crimen y que no participan de él<sup>20</sup>.

El nombre Dostoyevski aparece por primera vez en los archivos lituanos en 1506. En sus descendientes paternos figuran potentados, notables, jueces, ladrones, archimandritas, militares, asesinos, dignatarios de la Iglesia, bandidos, plenipotenciarios de príncipes que desaparecen en los anales lituanos y reaparecen al final del siglo XVIII en Rusia.

La generación dostoyevskiana rusa también fue formada por escritores y poetas. En la familia materna, los Netchaeus, no hubo ni jueces, ni asesinos o religiosos. Formada por comerciantes, artesanos y campesinos que, al

---

<sup>19</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág.152.

<sup>20</sup> *Op. cit.*, pág. 3 y 64.

llegar a Moscú se tornaron sendos burgueses uniéndose por lazos matrimoniales con médicos y negociantes<sup>21</sup>. En ambos lados de la familia el alcoholismo estuvo presente y, seguramente se puede pensar en depresión recurrente.

Dostoyevski tuvo una vida orientada por el movimiento intelectual que germinaba en la Universidad de Moscú, por el liberalismo y el panteísmo que atravesaron la época.

Fueron parte del desarrollo de su personalidad las lecturas infantiles que el abuelo Fédio Dostoyevski leía para él, como la Biblia y la Historia de Rusia. Las enseñanzas sagradas que aprendió en la primera infancia, se confundieron con las profanas, ya que su madre le enseñara a leer utilizando el libro de la Biblia que, más tarde, utilizó para enseñar a sus propios hijos las oraciones que aprendiera con su madre. Los temas y los espectáculos de la vida religiosa rusa de la época, tocaron su sensibilidad. Durante los oficios religiosos, se ponía a llorar cuando escuchaba la lectura del Libro de Job, en el pasaje en que el Diablo viene para seducir al Justo y Dios permite que el Justo sea seducido. Desde niño acompañaba a la madre en peregrinaciones a un monasterio lejos de Moscú: una gran multitud de adeptos, oraciones y actitudes raras de exaltación de fe hacían parte de ese ritual.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pp.4, 5 y 6.

<sup>22</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág.42.



Es conocido que la fe de Dostoyevski y la de su madre está profundamente vinculada a sus almas, tanto que él asociaba al sonido de las campanas y al perfume del incienso el recuerdo del rostro de su madre<sup>23</sup>, descritos en "*La Logeuse*"<sup>24</sup> - la que alquila cuartos amueblados - y caracterizado por el personaje Katherine.

Haré un breve relato sobre esta obra que dilucida portentosamente el drama del parricidio, su consecuente culpabilidad, revelando la metáfora paterna del Complejo de Edipo.

"*La Logeuse*"<sup>25</sup> - la que alquila cuartos amueblados - es una obra poco conocida por los franceses y rusos, en que Dostoyevski se presenta bajo máscaras y costumbres, y hasta el mismo lenguaje, modificados.

Es la historia de Ordynov, estudiante de artes sacras que un día encontró en una iglesia a una bella joven que lloraba mucho, acompañada de un señor mayor. Ordynov se encantó con tamaña hermosura y decidió seguirles para certificarse dónde vivía la joven. Para Dostoyevski esta joven Katherine representa todas las Varenka, Natasha, Alexandra, Sonia. El anciano es Mourine, un mujique - campesino ruso -, holgazán y sin duda un tanto brujo. Este señor era amante de la madre de Katherine, y se enamora de ella. La joven huye de casa para vivir con él

---

<sup>23</sup> Imagen de la madre guardada por Dostoyevski, como si fuera ella una santa, intocable e intangible. El objeto del deseo que jamás podría tener en realidad.

<sup>24</sup> Citado en Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 31.

días amargados por remordimientos. En una noche en que Katerine estaba cuidando de su madre, aparece el viejo Mourine, que mira a las dos, entrega a Katerine su corta espada y le dice: cógela y degüéllala– dirigiendo su mirada a la madre – que ella desaparezca, y después podrás reírte de ella. Y yo orgulloso, mi querida, me postraré hasta el suelo por esto. Katerine se rió y nada hizo, empero se había apercebido de su deseo de matar a la madre y también el deseo de Mourine. Poco después la casa es incendiada y la madre muere quemada. Katerine y Mourine huyen y sólo más tarde ella se pregunta sobre la sangre que él tenía en sus manos. Él le contesta con frialdad que la sangre era porque había matado a sus perros. Ella sabe que es mentira. Ahora Katerine llora en el hombro de Ordynov y se lamenta: *“Para siempre seré maldita, culpada porque hice daño a mi madre”*. Mourine sigue diciéndole que pertenece al diablo porque deseó la muerte de la madre. Ella es inocente y Mourine el asesino; él alega que incluso después de muerto vendría a por el alma de Katerine, y dice: *“yo le pertenezco, he vendido mi alma por él, y afirma que cometí un pecado mortal”*.

Ordynov comprende que si el viejo triunfa, la joven permanecerá bajo el juicio de una espantosa culpabilidad. Lo que no comprende es que Katerine, alma inocente, prefiere verse como a una criminal. Katerine ama su remordimiento, prefiere su condena, desea ser la esclava de una falta imaginaria. Ella sabe que aquella noche que se hizo tan larga se quedará siempre en su memoria actual. Ella fue cómplice en espíritu del asesino de su madre. Mourine la

---

<sup>25</sup> Citado en Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, 1953, pp. 31-35.

mató pero ella lo había consentido en su corazón. Tendiendo los brazos exclama: “Pero mi mal, mi sufrimiento no está en eso y sí en otro lugar, que lacera y llena de angustia mi corazón. Soy su esclava. Mi ávido corazón se complace en rememorar mi desgracia como si fuera un goce – ahí está mi ruina. Katherine se arrepiente de un crimen que no cometió en realidad, sólo en espíritu, pero se consideraba la verdadera culpable, así como Dimitrí Karamazov declarando a los jueces: “Soy inocente de la muerte de mi padre pero acepto expiarla porque tenía el deseo de matarlo”. Iván en el tribunal dijo: “Smerdiákov, fue quien lo mató pero he sido yo quien le convenció de matarle. (...) Todos los hombres quieren la muerte de su padre”.

El recuerdo de la presencia de la madre aparece en la mayoría de sus obras. En esta obra – *“La Logeuse”* - revela el amor por su madre y la consciencia de que a pesar de su amor (a Katherine), siempre estará separado de ella. Katherine es la primera figura de su madre. Resignada, solamente ella sabe cuánto *le costó amar a un tirano imbécil*. Ella era sólo amor, perdón, generosidad y ternura. Otros lo juzgaron por ella, entre ellos Makarov, empleado de los Dostoyevski: *ese hombre es una fiera. Tenía un alma oscura (...) pero nuestra ama era una persona que tenía alma. Él la trataba muy mal, inclusive la pegaba*<sup>26</sup>.

El lado sombrío y negativo de los Dostoyevski, fue señalado por varios asesinatos, siendo aparentemente el primero datado en 1634, cuando un

miembro varón de la familia mata a un noble con la ayuda de su hijo Andrei. Marina, una bella mujer, hermana de un juez llamado Piotr Dostoyevski, *mancha de sangre* el nombre de los Dostoyevski, matando a su marido con la ayuda del amante y de la hermana, mientras el padre juez se encarga de un testamento falso de la víctima, favoreciendo a la hija<sup>27</sup>.

Nacido en Moscú el 11 de noviembre de 1821. Nieto de un sacerdote - Andrei Dostoyevski- e hijo de un ex seminarista ucraniano y doctor del ejército - Mikhail Dostoyevski<sup>28</sup>. La madre - María Fiodorovna Netchaev - pertenecía a una familia de comerciantes moscovitas<sup>29</sup>. Tuvo una niñez oscura vivida hasta los diez años en medio del Hospital en que trabajaba el doctor Mikhail Andrévich. El padre, hombre de condición media, posee empleados, caballos y, como médico, tenía alojamiento gratis en dos espaciosas piezas del hospital donde mantenía la familia. Los dos hijos Michel y Fyodor - Dostoyevski- se quedaban en una única habitación oscura y fría donde por la noche oían las palizas hediondas que el padre daba a la madre así como sus gritos y llantos<sup>30</sup>.

Dostoyevski tuvo una infancia *militarizada*: obediencia extrema y mucho estudio; una infancia infeliz, triste y sombría - revelada en sus obras - *al*

---

<sup>26</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág.44.

<sup>27</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág.3.

<sup>28</sup> Encarta, 1996.

<sup>29</sup> Fyodor Dostoyevski, véase en nota Biográfica de Falcão García, 1972.

<sup>30</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 49.

*lado de un padre muy severo y de una madre amorosa, pero enferma y melancólica*<sup>31</sup>. Una historia de abandono y rechazo, con una figura paterna proscrita: o el padre está ausente, o es desconocido o está muerto. Entretanto en la vida real aparece enseñando a las hermanas a leer y a escribir, viviendo junto a los padres y el ama y al hermano.

La figura del padre, Mikail Andrévich: austero, agresivo, poco afectivo y ausente de cuerpo y de alma. El padre era un personaje cruel, tiránico, avaro, desconfiado y sentimental. Este sentimentalismo tomaba proporciones de agresividad y posible depresión, agravado por el alcohol<sup>32</sup>. Los hijos le debían extremada obediencia: se ponían a ventilar su rostro con un ramo de tila para espantarle las moscas, el tiempo que durara su sueño, siempre que decidía hacer la siesta<sup>33</sup>. La falta de padre en Dostoyevski se puede traducir como que el padre puede tener una presencia física y un control del niño excesivo, y sin embargo, estar ausente la función paterna que es la que introduce la contención, el límite, la prohibición de gozar, sin límite, hasta la aniquilación, del objeto. El padre tirano está él mismo en posición perversa. Él es la ley y por tanto no se somete a ella.

Con la enfermedad de la madre, Fyodor Dostoyevski experimentó a los 10 años un cambio hacia una vida más bucólica en medio de una propiedad rural que le hizo renacer a la felicidad, principalmente en tanto distante de la

---

<sup>31</sup> Fyodor Dostoyevski, véase en Prefacio de Roberto Alvim Correia, 1954, pág. XIII.

<sup>32</sup> Op. cit., pp.18 y 19.

severidad del padre que, si no llega al castigo físico, sí llega a la sequedad moral, a la tosquedad y a la ausencia de calor humano<sup>34</sup>. Entretanto, el padre sufrió demasiado con esa separación.

María Fiodorovna Netchaev mujer de Mikhail Dostoyevski, escribía al marido para amenizarle su sufrimiento: “no te aflijas tanto mi amor. Escíbeme, mi alma, cuál es tu sufrimiento, cuáles son los tristes pensamientos que te torturan? Mi corazón para de latir cuando yo te imagino de humor triste y melancólico. Yo te suplico, mi ángel, mi ídolo, tengas mucho cuidado en nombre de mi amor”.<sup>35</sup>

En su estudio sobre “El Yo y el Ello”<sup>36</sup>, Freud sostiene que el odio es el compañero inesperado y constante del amor (ambivalencia) y muchas veces su precursor en las relaciones humanas. Durante toda su niñez Dostoyevski recibió de los padres mensajes de doble sentido<sup>37</sup> respaldados en el sentimiento de amor y odio ocasionando desorientación y culpa.

Lejos de la complicidad de la vida familiar y siempre envuelto por una educación austera, Fyodor a la edad de 17 años pasó al colegio interno Kostomarof en San Petersburg, donde se preparó, junto con su hermano, para ingresar en la Escuela Superior de Ingeniería Militar, totalmente aislada del mundo exterior y de

---

<sup>33</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, véase en las memorias de André Dostoyevski, 1953, pág. 50.

<sup>34</sup> Fyodor Dostoyevski, véase en Prefacio de Roberto Alvim Correia, 1954, pág. XIII.

<sup>35</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 47.

<sup>36</sup> Sigmund Freud, Obras Completas, Ediciones Nueva Hólade, *El Yo y el Ello*, IV Las dos clases de instintos.

<sup>37</sup> Esta queja en torno al padre, también podría proceder de la madre.

disciplina de hierro: allí las bromas resultaban en visitas frecuentes a la enfermería debido a torturas de los veteranos a los novatos. El mas mínimo error como el abotonar erróneamente la camisa era sinónimo de punición<sup>38</sup>. Los estudios técnicos le aburririeron, y él decidió ser escritor.

En 1839 el médico Mikhail Dostoyevski, padre de Fyodor, es asesinado por sus siervos. Dostoyevski contaba con apenas 16 años cuando tuvo lugar la muerte de su madre. Dos años antes de la muerte del padre la madre muere tísica en Darovoe, muerte vivida por Dostoyevski con mucha angustia por haberle dedicado especial cariño<sup>39</sup>. Lo interesante es que todas las madres de “Los Karamázov” murieron después de haber dado a luz, como si Fyodor las hubiera llevado a la muerte<sup>40</sup>.

Con la muerte de la esposa, Mikail, padre de Fyodor, abandona el hospital, la clientela, Moscú y se va a Darovoe, quedándose recluso en la pequeña casa donde se había muerto su mujer, y entregándose totalmente al vicio del alcohol. El alcoholismo refleja a la perfección el enmascaramiento de una depresión. Se refugia en su dolor justo en la casa donde murió su víctima. Desde entonces en noches de larga y solitaria borrachera, los empleados espantados o a veces divertidos, le oían hablar con el fantasma de la mujer, haciéndole preguntas

---

<sup>38</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989.

<sup>39</sup> Fyodor Dostoyevski, véase en Prefacio de Roberto Alvim Correia, 1954, pág. XIV.

<sup>40</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág.18.

y contestándolas él mismo en voz femenina, imitando a su mujer<sup>41</sup>. Hay aquí un delirio paranoico quizá provocado o acentuado por el alcohol. El personaje revela un carácter bastante paranóide con defensas perversas y sádicas.

El sujeto se entrega a la destructiva enfermedad de la depresión enmascarada por el alcoholismo, para ablandar su dolor “ahogando” deliberadamente la melancolía y la desesperación quizás relacionada a una probable culpabilidad por haber tratado mal al ser amado.

El odio de los habitantes del lugar aumentaba por miedo y desprecio. Tórnase más violento y tiraniza a sus siervos y a sus familiares - es importante aquí hacer una comparación con el propio Dostoyevski cuando en *“Memorias del Subsuelo”*, escribe que odiaba a los que trabajaban con él, despreciándoles a todos; e incluso se juzgaba superior a ellos - ¿estaría él hablando de sí mismo o de su padre?<sup>42</sup>. En determinado día por la mañana, el médico fue encontrado muerto con la cabeza destrozada, el sexo machacado entre dos grandes rocas. Ese caso fue archivado por falta de pruebas, concluido como apenas una venganza.

Dostoyevski no ignoraba los criminales caprichos de su padre, tampoco que maltrataba a los hombres que tenía bajo su poder. Una sombra más se juntaba a tantas que existían en su corazón, así como la cólera aumentaba contra

---

<sup>41</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 56.

<sup>42</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág.54.



“un viejo cruel que fue el primero en derramar en su vida el veneno del sufrimiento y de sus lagrimas”. Fue demasiado dominado y machacado por ese bebedor y lujurioso hombre.

Un día por la mañana, el padre se fue a Tchermachnia - fue a Tchermachnia donde Iván Karamazov debía ir en el día del crimen: “vete a Tchermachnia” insiste Smerdiákov, el asesino del padre Karamazov - y no retornó. Fue encontrado en la carretera, cerca de la carroza que se había volcado; la cabeza machacada y los genitales machacados entre dos grandes piedras. Los caballos habían desaparecido así como el cochero y los que estaban con él. El rumor en la villa afirmaba que el cochero, víctima de los malos tratos del Dr. Dostoyevski, fue el instigador del hecho.

Fyodor recibe la noticia de la muerte del padre solamente semanas después de lo ocurrido. Ignoramos cómo recibió Fyodor la noticia de la muerte del padre<sup>43</sup>.

Dominique Arban nos hace notar los enlaces que, en 1878, hacen de Dostoyevski, uno de los primeros iniciadores de los futuros descubrimientos del psicoanálisis<sup>44</sup>. El odio por el padre y el amor por la madre. El odio por el padre se fue agravando desde pequeño y aún más cuando el padre en Darovoe mandaba

---

<sup>43</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 57.

<sup>44</sup> Op. cit., pág. 34.

azotar, muchas de las veces hasta la muerte, a uno, solamente porque no le había saludado, y a otro porque había osado saludarle, cuando se encontraban al acaso en la calle<sup>45</sup>.

Freud elucida brillantemente estas respuestas muy frecuentes en los niños:

*"Tales reacciones infantiles, emanadas del complejo de Edipo, pueden extinguirse cuando la realidad deja de aportarles alimento. Pero el carácter del padre sigue siendo el mismo, e incluso empeora con los años, y de este modo también perdura en Dostoyevski el odio al padre, su deseo de muerte contra aquel padre cruel."* <sup>46</sup>

En la lógica edípica, el deseo parricida habitualmente es secundario en relación al deseo incestuoso. En la constelación edípica, a la culpa por los deseos incestuosos, eventualmente reactivada por la muerte efectiva del padre, viene a sumarse al temor a la venganza, cuando el hijo tiene motivos para creer que le humilló, que le hizo pasar vergüenza.<sup>47</sup> Según la Teoría del Edipo, los hijos deben tener impulsos incestuosos en relación a sus madres, lo que provoca culpa y remordimiento en relación al padre, semejante a la historia de Mozart<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> Op. cit., pág. 55.

<sup>46</sup> Sigmund Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

<sup>47</sup> Renato Mezan, *Escribir la Clínica*, 1997, pág. 84.

<sup>48</sup> Mezan, *Escrever a Clinica*, pág. 99.

Los momentos de un remordimiento sin fundamento y sin causa real, le hacen concluir que el hombre es algo más que apenas un ser racional, que disimula en sí subterráneos sin fin, a través de sus propias experiencias de vida llenas de sufrimientos, vicios, decepciones, carencias y humillaciones.

Ese punto de vista nos hace analizar las obras de Dostoyevski como una anticipación literaria de Freud<sup>49</sup>. Su contribución al conocimiento del alma humana es reconocida por escritores de las más variadas tendencias filosóficas, religiosas y políticas<sup>50</sup>. Creía en la persona humana, en que estaría en los hombres por sí mismos el remedio para la extrema pobreza y para las injusticias. En Cristo amaba al hombre y no se preocupaba por el dios<sup>51</sup>.

La relación de los padres de Dostoyevski parece denotar una disposición instintiva perversa de tipo sadomasoquista y esto, seguramente hizo que Dostoyevski tuviera experiencias en la infancia que le convencieron de que el dolor es un prerequisite para el placer.

Dostoyevski tuvo una infancia imantada por creencias religiosas - la madre le enseñaba a leer utilizando la Biblia; acompañaba a la madre en peregrinaciones al monasterio - que le llevaron a padecer una culpa ligada al pecado y a desarrollar un masoquismo<sup>52</sup> moral. Esto le hizo vulnerable en cuanto a

---

<sup>49</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág.15.

<sup>50</sup> Fyodor Dostoyevski, en *Nota Biográfica de Falcão García*, 1972.

<sup>51</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág.13.

<sup>52</sup> El masoquismo es así denominado por las actividades de Leopold von Sacher-Masoch, un novelista austríaco del siglo XIX, que escribió "*Der Don Juan von Kolomea*" (El Don Juan de Kolomea) y otras

ser manipulado por la madre en quien veía a una santa que no hacía ningún mal a nadie. Dostoyevski incluso llegó a asociar la imagen de la madre a todo lo que se relacionaba a la iglesia y a lo sacro.

En su obra *“La Logeuse”*, Dostoyevski revela que *a pesar de su amor siempre estaría separado de ella*, desnudando así un amor imposible que alimentaba en secreto por la madre, sabiendo que si así lo hiciera, acabaría por sentir el peso del castigo por la culpabilidad. En la misma obra refiere que Mourine la mató – a la madre – *pero ella (Katerine) lo había consentido en su corazón*.

Vivir en un hospital hasta los 10 años y dormir en una habitación oscura y fría compartida con el hermano Michel, oyendo al padre pegar a la madre sin poder hacer nada, señala lo sádico y lo masoquista vivido por la familia Dostoyevski. La pareja sado-masoquista probablemente se complacía con el supuesto espectáculo, escuchado no sólo por los dos hijos como por otros tantos miembros y trabajadores del hospital, estimulando factiblemente la perversidad de sus conductas. Ella se quedaba con el papel de víctima y él, de temido verdugo. Es muy probable que la madre enferma y melancólica utilizara de estas máscaras para seguir manipulando con la ayuda de su auto-compasión de sí, característico de individuos masoquistas. La madre era la pobrecita, la víctima que necesitaba a un noble “caballero” que le salvara del terrible “monstruo” que le atormentaba. Seguramente el comportamiento y las actitudes de la madre de Dostoyevski,

---

obras que contaban con personajes que obtenían placer sexual en el dolor. Son personas que presentan una necesidad recurrente por el abuso y la dominación a que son sometidos, implicando el acto de ser

atestiguan mecanismos de personalidad masoquista obteniendo placer infligiéndose daño a sí mismas.

Estas madres/mujeres se dejaban dominar por sus maridos, permitiendo ser humilladas, manipuladas y sometidas al sufrimiento. Podemos conjeturar que la infancia de estas mujeres fue marcada por experiencias que las llevaron a una creencia de que el dolor y el sacrificio es el único camino para la obtención del placer. Eso pasó también a Dostoyevski. Se habla aquí no del masoquismo sexual y sí del masoquismo moral que es la necesidad de sufrir, oriundas de fantasías destructivas contra sí mismo.

Dostoyevski era un hombre bondadoso y auxiliador. Su gran necesidad de amor, evidenciada por manifestaciones de culminante bondad, le impelía a amar y ayudar, incluso en ocasiones en las que era innegable su derecho al odio y a la venganza; como en sus relaciones con su primera mujer, Maria Dimitrievna Issaeva, y con el amante de ella. Aparte de esto, él tenía un poderoso instinto de destrucción, que orientó en su vida contra su propia persona manifestándose como masoquismo y como sentimiento de culpabilidad<sup>53</sup>. Y como nos recuerda Freud<sup>54</sup> *el masoquismo no es sino un sadismo dirigido contra el propio Yo*. Siendo así, Dostoyevski conserva suficientes rasgos sádicos, manifiestos en su irritabilidad, su gusto en atormentar y su intolerancia incluso contra personas queridas. En su madurez, Dostoyevski terminó tomando rasgos de personalidad

---

humillados, golpeados o sometidos a cualquier otra actividad que les produzca sufrimiento. (Véase en Kaplan, *Sinapsis de Psiquiatría*, 1996 y en Gregory, *Diccionario Oxford de la Mente*, 1995).

de su propio padre, tratando a los demás, a veces, con intransigencia, intolerancia y frialdad.

Según y como lo propone Freud, *el masoquismo, o sea, el instinto parcial complementario del sadismo, debía considerarse como un retorno de sadismo contra el propio yo. Un retorno del instinto desde el objeto al yo no es en principio otra cosa que la vuelta del yo hacia el objeto, que ahora discutimos.*

*El masoquismo, la vuelta del instinto contra el propio yo, sería realmente un retorno a una fase anterior del mismo, una regresión<sup>53</sup>. Experimentan sensaciones de placer después que reciben castigos, es decir, se sienten gratificados por infligirse daño a sí mismos. Es importante resaltar que el masoquismo moral implica la necesidad de sufrir, pero no se acompaña de fantasías sexuales.*

Freud<sup>54</sup> elucida que *“si el padre fue severo, violento y cruel, el Super-Yo toma de él estas condiciones, y en su relación con el Yo se restablece aquella pasividad que precisamente había de ser reprimida. El Super-Yo se ha hecho sádico, y el Yo se hace masoquista; esto es, femeninamente pasivo en el fondo. Fórmase en el Yo una magna necesidad de castigo, que permanece, en parte como tal a disposición del destino y encuentra, en parte, satisfacción en el maltrato por el Super-Yo (sentimiento de*

---

<sup>53</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*.

<sup>54</sup> Freud, 1915, *Los instintos y sus destinos*.

<sup>55</sup> Freud, *Más Allá del Principio del Placer*.

<sup>56</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*.

*culpabilidad). Todo castigo es, en el fondo, la castración y como tal, el cumplimiento de la antigua actitud pasiva con respecto al padre”.*

Los sádicos sienten la necesidad de dominar y controlar sus sentimientos de indefensión durante la fase edípica, porque el fracaso en la resolución de la crisis edípica mediante la identificación con el padre agresor (en niños) o la madre agresora (en niñas) produce una identificación inadecuada con el progenitor del otro sexo, como también una elección inapropiada del objeto de catexis de la libido. Ser un objeto de abuso cuando se es un niño, puede predisponer a una persona a ser objeto de abusos en la edad adulta, o bien todo lo contrario, a abusar de los demás<sup>57</sup>.

La particularidad más singular de esta perversión está, sin embargo, constituida por el hecho de que sus dos formas activa y pasiva, aparecen siempre conjuntamente en la misma persona. Aquél que halla placer en producir dolor a otros en la relación sexual está también capacitado para gozar del dolor que puede serle ocasionado en dicha relación como de un placer. Un sádico es siempre, al mismo tiempo, un masoquista, y al contrario. Lo que sucede es que una de las dos formas de la perversión, la activa o la pasiva, puede hallarse más desarrollada en el individuo y constituir el carácter dominante de su actividad sexual<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Kaplan, *Sinopsis de psiquiatría*, 1995, pág. 691.

<sup>58</sup> Freud, *Tres ensayos para una teoría sexual*: 1,2 B) Fijación en los fines sexuales preliminares.

La falta del padre en la vida de Dostoyevski se dio también en vida ya que éste era un padre casi totalmente ausente. Desde un punto de vista psicológico, la falta del padre por muerte o por omisión, implica la ausencia de la respectiva autoridad, o sea, de la fuerza externa de contención de los impulsos incestuosos con relación a la madre<sup>59</sup>.

Grigorovich cuenta que pasados dos meses de la muerte de su padre, Fyodor en compañía de su amigo, caminando por la calle tuvo una crisis muy fuerte al mirar a un cortejo fúnebre, precedido de un féretro, que le hizo perder los sentidos. Acordémonos de que lo mismo le ocurrió a Freud y que la muerte nos da una reacción única, como lo comenta Nathaniel Branden<sup>60</sup>, que *“difícilmente podremos encontrar otro acontecimiento de la vida al que nos resistimos y neguemos con tanta vehemencia”*.

De acuerdo con Grigorovich, Dostoyevski recula bruscamente y se vuelve para huir pero no le da tiempo. Se cae por tierra en estertor, tal fue el primer efecto del remordimiento del “crimen” que cometió, muerte que deseaba haber ejecutado, pero que no ha cometido<sup>61</sup>. Pasadas esas crisis, generalmente él atravesaba por períodos de profunda depresión que duraban dos o tres días<sup>62</sup>. Eso nos reporta a una pasaje de la vida de Freud, cuando éste relata el malestar que

---

<sup>59</sup> Raquel Soifer, *Psicodinamismos con niños*, 1983, pág. 85.

<sup>60</sup> Nathaniel Branden, *El Respeto Hacia Uno Mismo*, 1997, pág. 232.

<sup>61</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 58.

<sup>62</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág.31.



siente al pasar enfrente del cementerio donde está enterrado su padre, ilustrado de manera ejemplar por el actor Vincent Price en la película "*Freud*".<sup>63</sup>

El padre muerto retorna siempre en una o varias páginas de algunos de sus libros. La presencia de personas muertas es también real en Dostoyevski como lo es la del diablo personal. Los ya fallecidos retornan a través de pesadillas, lo miran, lo condenan, le recuerdan el "crimen" que cometió.

En "*Crime et Châtiment*" (*Crimen y Castigo*), una vez ejecutado el crimen, Raskolnikov tiene un sueño en que se ve perseguido por su víctima. Mientras se debate contra su pesadilla, surge delante de sí su doblemente odiado Svidrigailov, que con mucho horror inmediatamente rechaza su presencia<sup>64</sup>. "*Et si je n'étais pas mort, hein?*" - "Y si yo no me hubiera muerto?"<sup>65</sup>.

Dostoyevski pasó toda su vida odiando al padre y deseando su muerte, pero el temor y el miedo no cesaron con la muerte. El miedo persiguió a Dostoyevski en todo lo que hacía o vivía; miedo de que los muertos retornasen a la

---

<sup>63</sup> La película del director John Huston titulada "*Freud*" muestra el desarrollo de la vida profesional de Freud con algunos enfoques de su vida personal. Estimula la curiosidad en saber aún más sobre la trayectoria de vida de Freud y los misterios sobre la mente humana desveladas en principio por las prácticas de la hipnosis. Nos cuenta su vida desde su despertar para la hipnosis con Charcot, hasta la estructuración de lo que él pasaría a llamar psicoanálisis. Freud logra hacer muchos descubrimientos como el de que existe un mecanismo que protege la mente de recuerdos desagradables - represión o Verdrängung en alemán - y que podrían ocurrir traumas, bloqueos que no necesariamente fueran cataclismos. Freud descubrió algo sumamente nuevo y polémico para una época en que la medicina se centraba en lo orgánico.

<sup>64</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pp. 68 y 69.

<sup>65</sup> Op. cit., pág. 59.

vida y seguramente que se vengasen de él; vengarse de su deseo de muerte con la propia muerte, con el castigo, tan intenso era su sentimiento de culpabilidad.

Los intentos revolucionarios de 1848, trajeron consigo una real persecución a los intelectuales<sup>66</sup>. En 1849 la carrera literaria de Dostoyevski se interrumpe desastrosamente. Él se había metido en un grupo de intelectuales jóvenes que leyeron y debatieron teorías socialistas francesas, prohibidas de ser discutidas abiertamente en la Rusia zarista. Un denunciante policíaco penetró en sus reuniones confidenciales, y el grupo entero fue encarcelado<sup>67</sup>. Dostoyevski es condenado a muerte por haber difundido la carta criminal de Bielinski, en la que se censuraba a Gogol por abrazar la causa de la monarquía absoluta<sup>68</sup>.

En diciembre de 1849 fue llevado a un lugar de ejecución y al último minuto ellos le indultaron, y el castigo se cambió por destierro penal. Estos momentos causaron una impresión fatal a Dostoyevski que alude a ellos en distintos pasajes de sus obras.

Dostoyevski es condenado a la cárcel por querer la libertad de imprenta, la liberación de los siervos y la reforma judicial. Pasados nueve meses

---

<sup>66</sup> Dostoyevski, *El Jugador*, en Nota Biográfica de Falcão García. 1972.

<sup>67</sup> Encarta, 1996.

de prisión, la sentencia de muerte es modificada: confiscan todos sus bienes y le condenan a trabajos forzados por ocho años en Siberia y a servir después como un soldado común. Las tensiones de este periodo le desataron una epilepsia de la que Dostoyevski sufrió el resto de su vida<sup>69</sup>.

Durante el período que pasa en la cárcel Dostoyevski descubre un lado suyo quizás un tanto duro e inflexible. Vive instantes privilegiados de arrepentimiento: su *mea culpa* es su único viático. Culpado, Dostoyevski lo es tanto o más que todo ese dormitorio de criminales, cercado por las más terribles facetas del hombre, él tiene como único apoyo el cristianismo y su concepción de sufrimiento<sup>70</sup>.

Pasó también por breves períodos de éxitos literarios que le permitieron relacionarse con gente de la nobleza, como príncipes y condes que le dieron cierto prestigio. Tras su posterior fracaso por obras mediocres como "*La Logeuse*", "*Monsieur Prokhardtchine*" y ridiculizado por la crítica, sus nuevos amigos se distanciaron. Posteriormente al triunfo de su obra "*Pauvres Gens*" Dostoyevski cae en el desprecio por el fracaso de "*Le Double*", considerado por la crítica como un plagio. Dostoyevski se ve extremadamente conmovido y escribe a su hermano Michel: "*los cuidados ordenados deben ser de orden física y moral, evitando toda y cualquier emoción más fuerte, que debilite mi sistema nervioso, cambiar de clima y de género de vida*". En otra carta a su hermano sigue diciendo: "*seguramente nunca*

---

<sup>68</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág.12.

<sup>69</sup> Encarta, 1996.

<sup>70</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pp. 80, 84, 90 y 94.

*había vivido antes un momento tan penoso; estoy siendo torturado por el tedio, por la tristeza y por una ardiente y espasmódica espera de algo mejor, aparte de la enfermedad”<sup>71</sup>.*

Dostoyevski sufría de depresión, enfermedad que le propiciaba reflexionar y puede que inclusive le facilitara la elaboración de sus obras. Un miedo intenso le persigue toda su existencia: el sentimiento de culpabilidad por haber deseado la muerte del padre y consecuentemente cuando éste se muere siente como si hubiera sido él el asesino.

La creatividad en Dostoyevski, parece asociada a una culpa inconsciente muy profunda, la de no ser el objeto plenamente satisfactorio de los padres, de uno u otro o de los dos; este tipo de culpa puede resultar una fuente tremenda de creatividad. La encontramos en muchos de los grandes artistas. La creación como una forma de reparación o expiación, y también de re-creación del objeto (y del Yo que se conforma en relación con ese objeto) o también como una necesidad de trascender el objeto, y de trabajar en posibles transformaciones de la relación con ese objeto. En muchas ocasiones el artista reconoce esa necesidad de trabajar, a menudo de una forma agotadora, muy intensa. Dostoyevski estaba acostumbrado a abandonar obras antes iniciadas, algunas quedaban apenas en los planes. Muchas de sus obras fueron escritas bajo un sufrimiento miserable.

La primera esposa de Dostoyevski, María Dmitrievna Issaeva, era una mujer caprichosa, insatisfecha, enferma y que no dedicaba al marido una

---

<sup>71</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 60.

verdadera amistad<sup>72</sup>. Muere el año 1864. Tuvieron una vida marcada por el sufrimiento<sup>73</sup>. Lubov, hija de Dostoyevski, cuenta en sus memorias publicadas en Munich, que María Dmitrievna antes mismo de morir había confesado<sup>74</sup> al marido que tuvo un amante, un joven y bello profesor, y que si no fuera por su enfermedad todavía estarían juntos. Declaró haberse casado por interés, por su notoriedad literaria e importantes vínculos de amistad. Confesó que no le amaba e incluso que le despreciaba<sup>75</sup>.

Dostoyevski tuvo más suerte en su segunda unión, pues se casó con su mecanógrafa, Ana Griegorievna Snitkina, una compañera dedicada, afectuosa, leal y de coraje; siempre presente ayúdale y ampárale como hombre y como escritor. Dostoyevski apegase a ella como a un regazo materno siempre amigo y acogedor

---

<sup>72</sup> De hecho es interesante considerar los puntos de similitud entre esta primera esposa, primer objeto “elegido” por Fyodor en su vida adulta, como una reedición de la estructura original con su primer objeto, esto es, la madre. Ambas mujeres comparten ciertos rasgos “conocidos”: queja física, insatisfacción, insaciabilidad. Son mujeres a las que resulta difícil, seguramente, - y esta es solamente una hipótesis - hacer felices, o más bien que se consideren razonablemente felices. Mujeres que no se conforman con lo que pueden obtener. Con lo que han de perder. Siempre podrían tener más, tenerlo todo, como si la muerte no hubiera sido simbolizada. Esto indica que estas mujeres no han aceptado la castración, la pérdida de este primer objeto idealizado que debe colmar todo anhelo. No pueden aceptar lo contingente, lo particular, lo real de los objetos con los que se relacionan, su diferencia (también su diferencia sexual), pero sobre todo la diferencia entre el otro real y el otro imaginario, inmortal, a su medida, como “debería” ser. Si no se ha simbolizado la muerte no se puede verdaderamente amar a otro. Sólo se “amarán” –si eso es amar- reflejos o aspectos identificados al propio Yo. No se puede amar de ningún modo a otro del otro sexo. De ahí también que realicen elecciones de objeto ellas mismas no dictadas por el amor precisamente, sino por la fascinación, la envidia, o incluso el odio. Tal y como dice María. Un hombre que la encumbra socialmente, y al que puede al mismo tiempo despreciar (tráda maníaca, como dice Melanie: identificación como objeto, dominio y desprecio: una suerte de reto narcisista nada más).

<sup>73</sup> Fyodor Dostoyevski, *Los Demonios*, en el Prefacio de Roberto Alvim Correia, 1954, pág. XV y XVI.

<sup>74</sup> Aquí me llama la atención el sadismo de la primera esposa de Dostoyevski, María, su objeto. Luego él, Dostoyevski, debió ocupar una posición de víctima. De hecho el gesto de María antes de morir, es de un terrible sadismo porque sólo puede justificarse si se quiere infligir un dolor mayor aún al de la muerte. Más bien, como ella va a morir, no está dispuesta a ser vencida sin asestar un último golpe, el de humillar a su esposo en lo más íntimo de su Ser, donde ella pensaba que él era más frágil, reeditando la relación primitiva con su objeto, la de no poder satisfacerlo, la de ser indigno de ser amado, y la de saber que ha sido engañado por su estúpida pretensión.

<sup>75</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág.14.

por denotar ser una mujer fuerte en momentos cruciales como los de las crisis epilépticas del autor, la ludopatía, su personalidad especial y la gloria del genio literario<sup>76</sup>. Hace a la mujer verdaderas escenas de celos y en contrapartida se dedica al juego como forma compensatoria<sup>77</sup>.

A juzgar por Thomas Mann *la pasión por el juego fue su segunda enfermedad*. “El Jugador” es la historia de un hombre que arriesga el propio destino en la ruleta y es dominado por sus impulsos y por la incapacidad de resistir al atractivo del juego. En ese espléndido romance, expuso con *incomparable veracidad la psicología de la pasión mórbida y del demonio fortuna*. Aleksei Ivanovich es la revelación de la persona de Dostoyevski y de su periodo de ludopatía<sup>78</sup>. La ludopatía es otra máscara utilizada por el escritor para encubrir la depresión y compensar el sentimiento de culpabilidad. Es también una estructura perversa, posiblemente de fondo paranoide.

#### **A. Paulina Suslova en la Vida y Obra del Romancista.**

Incluso antes de la muerte de su primera esposa Dostoyevski ya era íntimo de una joven mujer, Polia Paulina Suslova, de carácter *demoniaco*, orgulloso

---

<sup>76</sup> Fyodor Dostoyevski, *Los Demonios*, en el Prefacio de Roberto Alvim Correia, 1954, pág. XVI.

y sensual<sup>79</sup>. Ella fue su único y gran amor y también su musa; se puede decir que los escritos anteriores a su encuentro con Paulina serían hoy completamente olvidados, si otros no hubiesen sido escritos; a partir de “Voix Souterraine” (Voz Subterránea) y de “Crime et Châtiment” (Crimen y Castigo), Paulina pasó a nunca estar ausente<sup>80</sup>. Bajo algunos aspectos, todas sus heroínas, siempre jóvenes, son mas o menos la imagen de Paulina.

Entretanto esa unión fue muy breve y tempestuosa, y Paulina la terminó de manera brutal. ¿Qué motivos tuvo ella para tal ruptura que tanto mortificó cruelmente a Dostoyevski? Realmente no se sabe; pero Dominique nos da una pista, pues insiste como nunca fuera hecho antes, sobre la naturaleza ambivalente del sentimiento de culpabilidad que perseguía al autor a lo largo de su existencia<sup>81</sup>.

¿Porqué Paulina dejó a Dostoyevski? “Yo me entregué a él por amor, sin exigir nada a cambio. ¡Él debería haber hecho lo mismo! Mas él había dirigido las cosas de manera totalmente opuesta y yo lo he permitido y lo dejé por eso”<sup>82</sup>. Paulina era una mujer que luchaba por la emancipación de la mujer<sup>83</sup>.

---

<sup>77</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág. 18.

<sup>78</sup> Fyodor Dostoyevski, *El Jugador*, véase en nota del traductor, citación de Moacir Wernek de Castro, 1987.

<sup>79</sup> Fyodor Dostoyevski, *El Jugador*, en Nota Biográfica por Falcão García, 1972.

<sup>80</sup> Fyodor Dostoyevski, *El Jugador*, en Nota Biográfica por Falcão García, 1972, pág. 12.

<sup>81</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, véase en Prefacio de Boris Schloezer, 1953.

<sup>82</sup> Citado por Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, Texto extraído del diario de Paulina Súslova - Apolinaria Prokofievna Súslova - “Mis años de intimidad con Dostoyevski”, pág. 40, 1998.

<sup>83</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998.

Dostoyevski es dueño de un amor masoquista por Paulina, que lo tenía como su confidente. Paulina desaparece de su vida entretanto sobrevive en todas sus grandes novelas<sup>84</sup>. “Estoy plenamente satisfecho con mi romance”, escribe Fyodor al hermano. “No paro de encantarme con él. Es algo austero y armonioso. Tiene, a pesar de eso, defectos horribles<sup>85</sup>.”

Apolinaria (Paulina) Prokofievna Suslova hija de un siervo liberto ruso, campesina puritana, “severa y cruel, generosa, excesiva”. Ella es dieciséis años mayor que él. El matrimonio dura seis años. Dostoyevski hizo de Paulina “un arquetipo de todos sus personajes”<sup>86</sup>. Paulina esta representada en “*Los Hermanos Karamázov*” como el personaje Catrina. El inicio de su relación amorosa con Dostoyevski era “bello” y “espléndido” - palabras de la propia Paulina. Al final de su unión con Dostoyevski, Paulina pasa a odiarle alegando que él “mató” la fe que ella tenía. Paulina empieza a notar que poco a poco se transformaba en objeto de profanación. Paulina llevó a Dostoyevski al conocimiento de sí mismo, por él evitado hacía mucho. Notó en Dostoyevski un “potencial para el crimen” y su tendencia al atentado<sup>87</sup>. Se puede observar que el objeto bueno se vuelve amenazador, persecutorio, como es característico de la paranoia.

Paulina, una vieja y devastadora pasión provocó grandes consecuencias en el arte del escritor, inspirando en Paulina y otras heroínas

---

<sup>84</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 115.

<sup>85</sup> *Op. cit.*, pág. 43.



dostoyevskianas, con su carácter contradictorio, misterioso e impulsivo<sup>88</sup>. Al final ella le deja lleno de deudas y con su obstinación por el juego, que le llevaba hasta el final en la ruleta.

## B. Autorretrato

El autorretrato de Fyodor Mikhailovitch en los años que anteceden el periodo que estuvo en Siberia era el de un hombre soñador, con una “desigualdad del humor ora demasiado alegre, ora demasiado sombrío; ora grosero, ora atento y tierno; ora egoísta; ora capaz de los más nobles sentimientos”. Es un hombre que se refugia en los sueños - “Soy un apasionado de los misterios, soy imaginativo”<sup>89</sup>.

Su comportamiento de manía y euforia le lleva probablemente a estructurar un Transtorno Bipolar I, como defensa a sus pulsiones agresivas y al delirio persecutorio. De doble actitud *se refugia dentro de sí mismo* y después parte para el *enfrentamiento del otro*. Un solitario que no cesa de hablar a un otro - ese otro que es el propio lector. De vida taciturna, desordenada y solitaria, no convivía

---

<sup>86</sup> *Op. cit.*, pág. 117.

<sup>87</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 119.

<sup>88</sup> Fyodor Dostoyevski, *Los Demonios*, en Prefacio de Roberto Alvim Correia, 1954; y en *El Jugador*, véase en nota del traductor, 1987.

con nadie, evitaba hablar y *me encogía cada vez más en mi soledad*. Se consideraba sórdido, inestable y de *temperamento violentamente receptivo*<sup>90</sup>.

Exigente consigo mismo y dueño de una vanidad sin medida, mantenía un nivel de exigencia que le arrastraba a un displacer atroz. Una idea excesiva y peligrosa, de que sería en el futuro un hombre extraordinario, se apoderó de él desde la infancia<sup>91</sup>.

Dostoyevski que era dueño de *una intelectualidad que se consideraba, si no culpable, al menos responsable*, dijo en su tiempo de cárcel: “En la prisión no perdí mi tiempo”<sup>92</sup>, refiriéndose que había utilizado el tiempo para dar alas a su imaginación y crear, escribir una gran obra.

El mayor sufrimiento de Dostoyevski, reflejado en su obra “*El Idiota*”, parece ser el pavor que le avasalla frente a la idea de muerte: *dejaremos de existir (...) y lo más terrible es esa certeza*. El sentimiento de impotencia frente a la inevitabilidad del dolor, de dejar de existir, hace que llegue a la conclusión de que condenar a la muerte un asesino es una punición desmedida en relación al crimen cometido. Tal vez Fiodor pudiera haberse sentido *culpado por haber deseado matar* - frase terrible de Hoffmann con respecto a uno de sus personajes.

---

<sup>89</sup> *Op. cit*, pp. 51 y 52.

<sup>90</sup> *Op. cit*, pp. 52,53,54,60 y 66.

<sup>91</sup> *Op. cit*, pág.15.

<sup>92</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 103.

El comentario de Hoffmann coincide con las ideas de Branden<sup>93</sup> de que el niño puede concluir que es el culpable por la muerte del padre, debido al sentimiento de abandono y de impotencia que la muerte provoca y, a menos que reciba esclarecimiento de un adulto, se llevará para su psique un sentimiento de ser pequeño, de no ser suficientemente capaz o bueno, de impotencia, de no tener respeto de sí mismo. El padre se murió lejos de casa y de la familia haciendo la muerte parecer mucho más misteriosa y aterradora acentuando la culpabilidad.

Dostoyevski muestra un temor intenso a la muerte por castigo. El arrepentimiento sobre el crimen impulsado por la consecuencia que él le trajo: la propia muerte.

Freud notó en la personalidad de Dostoyevski una *extraordinaria afectividad* y una *disposición instintiva perversa* que le hacía un *sádicomasoquista* o un *criminal*. Como ilustra Freud<sup>94</sup>:

*“Para el Yo, el síntoma de la muerte es la satisfacción imaginativa del deseo masculino y al mismo tiempo una satisfacción masoquista. Para el Super-Yo es una satisfacción del impulso punitivo, o sea, una satisfacción sádica. Ambos, el Yo y el Super-Yo, siguen desempeñando el papel del padre.”*

---

<sup>93</sup> Nathaniel Branden, 1997, pp. 48,49 y 232.

<sup>94</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*. Ediciones Nueva Hólade, versión electrónica, 1996.

Los temas que caracterizan las obras dostoyevskianas como la violencia, el crimen, el egoísmo y la pasión por el juego, nos lleva a incluirlo entre los criminales, confirmado por su fortísimo instinto de destrucción que le distingue como intrapunitivo - destrucción hacia dentro, en lugar de hacia fuera - manifiesto como masoquismo y culpabilidad. El sadismo se manifiesta en su irritabilidad, intolerancia y especial gusto en atormentar<sup>95</sup>. Podemos pensar entonces que el sentimiento de culpa de Dostoyevski se base en la responsabilidad por ser quien es y no en la condena moral por el acto cometido: el parricidio?<sup>96</sup>

Para Freud parece complicado considerar a Dostoyevski como un criminal, puesto que siempre mostró una necesidad de amor y manifiesta bondad, evidenciada en la relación con su primera mujer y con el amante de ella.<sup>97</sup>

De conciencia torturante y fustigada por crímenes imaginarios, cometidos solamente en espíritu, de remordimientos lancinantes, madurados, cultivados, Dostoyevski se deleitaba, complaciéndose en sufrir de una poderosa perturbación, una aguda voluptuosidad como testigo, con un cinismo que no podía ser superado, perfectamente ilustrado en "*La Voix Souterraine*" - "*La Voz Subterránea*", cuyo héroe, de todos los personajes, es el que más se asemeja al

---

<sup>95</sup> Ibídem

<sup>96</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pp. 84 y 32.

<sup>97</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, versión electrónica, 1996.

autor, según Strakhov y la ilustración impresionante del psicoanalista existencial J. P. Sartre<sup>98</sup>.

No lastima la muerte del padre - incluso nos da la impresión de que se hizo justicia finalmente - pero sí la suya propia<sup>99</sup>. Es indudable que guarda en su interior el sentimiento de culpabilidad inconsciente por haber deseado la muerte del padre, su progenitor. No obstante, se puede pensar en la somatización del sentimiento de culpabilidad como forma de autopunición por haber cometido una acción que le llevaría fatalmente al aniquilamiento de su propia existencia. ¿Ambiguo? ¿Contradictorio? ... bien a modo de Dostoyevski!

### C. La “Psicosomatización” de Dostoyevski

Ese romancista ruso siempre otorgó a sus obras literarias una dimensión extraordinaria incluso trabajando casi todo el tiempo atormentado por las adversidades de la vida. Cada fase de su vida se ilumina y se oscurece, entre el drama y la monotonía, transformado todo en romance<sup>100</sup>.

---

<sup>98</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, véase en prefacio de Boris Schloezer, 1953.

<sup>99</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 84.

<sup>100</sup> Fyodor Dostoyevski, *El Adolescente*, 1983, pág. IX.

Haberlas escrito bajo estrés debido a la enfermedad, a problemas domésticos, a la angustia de los cortos plazos para la entrega de sus escritos añadido a la profundidad de su visión del alma humana puede haber contribuido a la grandeza y genialidad de Dostoyevski. La creación se daba como una especie de espasmos, hechos de repentinos flashes, propios de su enfermedad. En todo lo que hacía ponía la marca de su genialidad.<sup>101</sup>

Consideraba que la salud es el estado más favorable a las eclosiones del genio<sup>102</sup>. Discurre de su experiencia de vida, lo que contribuye a anticipar lo que se denomina en los días actuales como psicosomatización.

Así como diversos artistas y escritores, Dostoyevski sólo conseguía crear bajo presión emocional, bajo estrés. El cuerpo sufre el afán del alma cuando ésta se encuentra acorralada por las limitaciones externas e internas. El cuerpo se transforma en instrumento regulador y de advertencia.

Cuando uno siente culpa, este sentimiento le resulta por su responsabilidad por ser él quien es, por reaccionar como reacciona o pensar como piensa. Este sentimiento provoca determinado nivel de tensión ocasionando serias consecuencias para el organismo: el cuerpo ya no tiene fuerza suficiente para producir ciertas sustancias químicas y tampoco para transmitir o captar los

---

<sup>101</sup> Fyodor Dostoyevski, *El Jugador*, véase en nota del traductor, 1987.

<sup>102</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pp. 15 y 16.

mensajes enviados por el cerebro. El tono dostoyevskiano de los personajes desequilibrados, lunáticos, histéricos, locos, fanáticos y maníacos eran la “elaboración” de la inquietud, angustia, martirio y desespero de Dostoyevski<sup>103</sup>.

Dostoyevski se revela el pionero en lo que se refiere a la expresión del lenguaje de la enfermedad. “Mi salud empeoró terriblemente: tengo los nervios dolientes y temo una fiebre de origen nerviosa”<sup>104</sup>. La salud de Dostoyevski empieza a declinar; sufre de *inestabilidad de todo el sistema nervioso*; el mal llegó al corazón y provocó un aflujo de sangre y una inflamación cardíaca”.<sup>105</sup>

La ficción dostoyevskiana es mejor comprendida si nos reportamos al texto de Freud *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*<sup>106</sup>. Este artículo nos aporta el significado del demonio, del personaje diabólico, muy bien dilucidado por Hoffmann en “*El Elixir del Diablo*”. Dostoyevski encuentra en la obra una forma de somatizar su lado malo, su diablo representando sus pensamientos ocultos<sup>107</sup>. Se libera de su diablo entrando en un monasterio. ¿Qué es lo que representa un monasterio para Dostoyevski? El monasterio es donde un hombre se desnuda de toda lujuria de todos sus deseos instintivos pasando por un proceso de purificación interna, íntima, libertándose así de sus errores y culpas, de su lado obscuro.

---

<sup>103</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág. 16.

<sup>104</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 60.

<sup>105</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 60.

<sup>106</sup> Freud, *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, 1923, Tomo III, pp. 2677-2696.

<sup>107</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 28.

Iván Karamazov, de la obra *“Los Hermanos Karamázov”*, ve a su diablo. Ese héroe del cuento popular ruso ve surgir a su demonio cuando no había salida para sus conflictos; él aparece en el punto máximo de su conflicto personal<sup>108</sup>. “Tú eres ... yo, bajo otra máscara”<sup>109</sup> - el personaje Ivan refiriéndose a su diablo.

El diablo en Karamazov es su Super-Yo que surge delante de él y exige sumisión. Se suicida para librarse de toda la infelicidad que siempre tuvo con él. El proceso mental que motiva al individuo a hacer un pacto con el diablo - muerte por suicidio, adicción a drogas o alcohol por ejemplo - parece ser el hecho de que el incidente, lo traumático (la muerte del padre por ejemplo) le hizo perder la alegría y las ganas de trabajar. *“El demonio le seduce para hacer un pacto, le ofrece poder, dinero y placer”*.

La parte que nos defiende - nuestros mecanismos de defensa - nos hace creer que pensar o interpretar a su manera es lo correcto porque alivia la culpa o la oculta de tal forma que se mantiene totalmente inconsciente, alejando del consciente su verdadero significado, y como forma de defensa, el Yo hace un pacto con el *ello* y el *Super-Yo* para mantener inconsciente el sentimiento de culpa como forma de autopreservación<sup>110</sup>.

La urgencia en trabajar rápidamente por dificultades pecuniarias, era seguida de un temor a no poder madurar las obras o incluso concluir las como a él

---

<sup>108</sup> *Op. cit.*, 1998, pp. 9 y 10.



le gustaría. De no ser por eso, quizás no tendríamos de él lo que tenemos hoy, ya que según su amigo y biógrafo Strakhov, Dostoyevski tenía cierta pereza de escribir por la rapidez de pensamiento y de la labor en engendrar la obra<sup>111</sup>. Haciéndose un análisis de sí mismo - “llegan los difíciles meses de otoño y con ellos mi hipocondría”<sup>112</sup> - y proyectando ese análisis en los personajes de sus romances, Fyodor Mikhailovitch tenía claro lo que era patológico en sí mismo, genialmente retratado en sus personajes: “sólo depende de mí mantenerme de buen humor” refleja Dostoyevski en el periodo en que pasa encarcelado<sup>113</sup>.

Dominique Arban<sup>114</sup> relata que en 1848 Dostoyevski visita al Dr. Yanovski con una queja de dolores de cabeza y dolores en el corazón. El médico le tranquiliza diciéndole que todo se le pasará. Se puede pensar que estos dolores de Dostoyevski eran somatizaciones, dolores psíquicos, dolores emocionales que estaban afectando al físico debido a un sentimiento que se puede deducir a través de sus propias palabras, cuando el Doctor le dijo que los dolores se le pasarían, Dostoyevski contesta: “no se me pasarán, pues tomé 500 rublos prestados a Spechniov. A partir de ahora estoy con él y soy de él. No podría devolverle nunca jamás esa suma, y además él no aceptaría que yo lo hiciera en dinero”.

---

<sup>109</sup> Véase en Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, citado de *Los Hermanos Karamázov*, 1998, pág. 1100.

<sup>110</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pp. 9-12.

<sup>111</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pp. 16 y 17.

<sup>112</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 83.

<sup>113</sup> *Ibidem*.

<sup>114</sup> *Op. cit.*, pág. 79.

Concluye Dominique que su pavor venía de la idea de tener que cometer otra vez un crimen apenas en el deseo, de no ser el brazo que mata mas sí el espíritu que decide el crimen. El dolor físico representale a él una señal de alerta en cuanto al dolor emocional.

Enseguida a la pérdida por muerte de su madre en febrero de 1837, Dostoyevski se ve acometido de un dolor de garganta que le llevó a la extinción total de la voz, enfermedad que le dejó secuelas y le acompañó durante toda su vida<sup>115</sup>.

El *“Journal d’un Ecrivain”* nos dirá bien después, que Dostoyevski cuando niño tenía alucinaciones auditivas y “otras” como él mismo puntualiza. Jugando en los campos y bosques, oía distintamente un grito: “¡El lobo! ¡El lobo! ¡Sálvese quien pueda!” Un día el pavor lo lanzó en los brazos del “moujik” Mareï. Tamaño era el miedo que le valió una de las emocionantes páginas del *“Journal”*, testigo del estado de un niño neurópata (neurótico); estado que agrava la menor emoción<sup>116</sup>.

Dostoyevski se complace con el sufrimiento: “¿Quizás el hombre no ame apenas a su bienestar? ¿Quizás él ame igualmente el sufrimiento? (...) El hombre no se privará nunca del verdadero sufrimiento, esto es, de la destrucción y del caos”<sup>117</sup>.

---

<sup>115</sup> Fyodor Dostoyevski, *Historias Dramáticas*, 1960, pág. 10.

<sup>116</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 51.

<sup>117</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 122.

La epilepsia está indisolublemente relacionada a Dostoyevski y a su obra. Sus crisis epilépticas eran vistas ora como privilegio ora como condenación. Tuvo cinco crisis que él mismo registró - la primera la tuvo a los siete años y algunas durante el tiempo en que estuvo en la cárcel. Los síntomas de esa enfermedad los tenía muy claros: el periodo consecutivo a la crisis - 4 a 5 días - estaba marcado por perturbaciones de memoria y un invencible estado de depresión. Era imposible que al estado emotivo no se juntasen los efectos del alcohol.

Dostoyevski se tenía por epiléptico a causa de los graves ataques de convulsiones musculares acompañados de pérdida de conocimiento y seguidos de honda depresión. Lo más probable es que esta pretendida epilepsia fuera tan sólo un síntoma de su neurosis a clasificar como histeroepilepsia, esto es, como una histeria grave. Consideraba Freud este diagnóstico inseguro por insuficiencia y falta de garantía de los datos aportados sobre la pretendida epilepsia de Dostoyevski y la oscuridad todavía reinante en cuanto a los estados patológicos que se encauzan hacia ataques epileptoides<sup>118</sup>.

Freud cuestiona el diagnóstico de epilepsia para Dostoyevski, observando que ataques con algunos de los síntomas de epilepsia aquejan también a personas de pleno desarrollo psíquico y extraordinaria afectividad, insuficientemente dominada en la mayoría de los casos.

Cabe precisar que para Freud<sup>119</sup>, la «reacción epiléptica» (...) se pone indudablemente a disposición de la neurosis, cuya esencia consiste en derivar por el camino somático aquellas magnitudes de excitación que le es imposible manejar psíquicamente. El ataque epiléptico pasa a ser (...) un síntoma de la histeria y es adaptado y modificado por ella. Es, por tanto, acertado distinguir entre una epilepsia orgánica y una epilepsia «afectiva».

Quien padece la primera es un enfermo del cerebro, y quien padece la segunda, un neurótico. En el primer caso, la vida anímica sufre una perturbación ajena a ella y procedente del exterior; en el segundo, la perturbación es una manifestación de la vida anímica misma.

Dijo Freud que es muy probable que la epilepsia de Dostoyevski fuera de este segundo género, pero no poseemos datos bastantes para ello:

*El síntoma temprano de los «ataques de muerte» se nos explica así como una identificación con el padre, tolerada por el Super-Yo con un fin punitivo. «Has querido matar a tu padre para ocupar tú su lugar. Pues bien: ahora eres tú el padre, pero el padre muerto.»<sup>120</sup>*

---

<sup>118</sup> Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, versión electrónica, 1996.

<sup>119</sup> Sigmund Freud, *Dostoyevski y el Parricidio*. Ediciones Nueva Hólade, 1996.

<sup>120</sup> *Ibíd.*

Dostoyevski nos describe en *"El Idiota"* los momentos que anteceden a la crisis epiléptica - "como una especie de embriaguez eufórica, que da al paciente la impresión de un mundo súbitamente maravilloso". Más adelante, en la misma obra añade: "Es un estado de euforia y de felicidad inefable". La epilepsia, según Henri Ey, es *una desestructuración de la consciencia*<sup>121</sup>.

Su biógrafo Orestes Miller cuenta sobre esas crisis epilépticas, en tanto guarda un prudente silencio sobre sus determinantes que sugiere algo entre su padre y su madre. "La persona que me relató ese hecho es próxima a la familia del escritor y absolutamente digna de fe, y no seré yo el violador de ese secreto de familia. Por lo tanto el misterio continúa. Un biógrafo contemporáneo, Leonid Grossmann, describe una conversación que tuvo con la segunda mujer del escritor, Anna Grigorievna, poco antes de su muerte y le preguntó sobre la exactitud del hecho relatado por Oreste y ella contestó lo siguiente: "realmente es verdad". Después de un silencio, Grossmann le preguntó cuál había sido el acontecimiento tan grave para causar tal traumatismo nervioso en el niño Dostoyevski; Anna se levanta, se dirige a la ventana y pocos instantes después retorna y dice: "Es un secreto".<sup>122</sup>

Dominique Arban, comentando sobre la epilepsia de Dostoyevski dijo:

---

<sup>121</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pp. 164-166.

<sup>122</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 52.

*“La experiencia epiléptica delirante (...) trae (...) una terrible agresividad, y las imágenes (...) tienen siempre algo de tragedia (...) no es en vano que el médico legista y el psicoanálisis están de acuerdo al considerar al epiléptico como a un criminal en potencia”<sup>123</sup>*

La enfermedad se apoderó de él inicialmente, siendo aún un niño, bajo la forma de una profunda melancolía repentina e inmotivada; un sentimiento - según el mismo Dostoyevski cuenta luego a su amigo Strachoff - como si fuera a morir al instante, y, efectivamente, a tal sentimiento seguía un estado análogo a la verdadera muerte.

Para Freud<sup>124</sup> los ataques de epilepsia significaban la muerte en estados de sueño letárgico y eran precedidos de accesos de miedo a morir y el deseo a otro la muerte - en este caso el otro es el propio padre. El ataque tiene el valor de un autocastigo por el deseo de muerte contra el padre odiado.

En el Diario de Ana Grigorievna, Ana cuenta que Aliosha, el último hijo de Dostoyevski de 3 años, muere de una crisis epiléptica. Lo que desesperaba principalmente a Fyodor Mikhailovitch, que el niño se había muerto de epilepsia, enfermedad heredada de él. Aliosha Karamazov lleva el mismo nombre del hijo muerto de Dostoyevski, que en la obra tiene el patronímico del padre<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 166.

<sup>124</sup> Sigmund Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

<sup>125</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pp. 167 y 168.

Cerrado el círculo de las culpas profundas, el hombre que por toda la vida tuvo miedo de haber *matado* al padre, puede acusarse de haber *matado* al propio hijo.

#### **D. Los Karamázov, el Parricidio y la Culpabilidad**

Dostoyevski ha sido muy estudiado tanto en Rusia como en otros países, según diversos puntos de vista: literario, moral, filosófico y religioso. Muchos trabajos biográficos de ese autor son parte de artículos y críticas soviéticas. Eran documentos raros como cartas, apuntes personales, etc., desconocidos del público y que fueron escritos y publicados en el período entre las dos grandes guerras mundiales, de 1914 y 1939<sup>126</sup>.

La creación simbólica de mundos donde los héroes, saturados por el sentido trágico de la vida, buscan la verdad, dota las novelas del último periodo creativo de Dostoyevski de una calidad eterna y universal. Dostoyevski anticipó la psicología moderna por su exploración de motivos ocultos, entendiéndolos como

---

<sup>126</sup> Dominique Arban *Le Coupable*, en el Prefacio de Boris Schloezer, 1953, pág. 7.

intuiciones del inconsciente, manifiesto en la conducta irracional, en el sufrimiento psíquico, en los sueños, lapsos y en la locura de sus personajes<sup>127</sup>.

El nombre de la familia Karamázov nació evidentemente del nombre Karakosov, el regicida que intentó, en 1866, asesinar al zar reinante<sup>128</sup>. Karamazov, nombre compuesto por el sustantivo “kara”, que significa castigo, punición, y, del verbo “mázart”, que significa ensuciar, pintar, no acertar. Simbólicamente representa aquel que con su comportamiento desacertado provoca la propia punición. La tragedia de la vida de Fyodor se ve repercutir en sus obras, principalmente en *“Los Hermanos Karamázov”*.

*“Los Hermanos Karamázov”*, es considerada una de las obras maestras de la literatura mundial, es la expresión artística más poderosa de las visiones filosóficas, religiosas y psicológicas de Dostoyevski. Representando un misterioso y conmovedor asesinato, relacionado con la tragedia del parricidio, revela el intelectual profundo y la importancia espiritual de la novela que surge de las tensiones familiares y en las confrontaciones entre los hermanos Karamázov: el escéptico intelectual, Iván; el hombre de acción emocional, Dimitrí; y el novicio del monasterio y muchacho santo, Aliosha - ese último retratando las características

---

<sup>127</sup> Encarta, 1996.

<sup>128</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 175.



de personalidad de Dostoyevski señaladas por Herzen: “hombre ingenuo, no muy claro pero extremadamente gentil.”<sup>129</sup>

Los tres símbolos cuerpo, mente y espíritu del ser humano moderno representado en los protagonistas de la novela, se desarrollan en un debate apasionado que se da alrededor de temas como: la expiación del pecado a través del sufrimiento, la necesidad de una fuerza moral en un universo irracional, el forcejeo entre bueno y malo, el valor supremo del individuo y la libertad<sup>130</sup>. Las enseñanzas de Cristo se tornaron para él la afirmación suprema del ideal ético y de la posibilidad de salvación a través del sufrimiento.

Dostoyevski no es uno de estos escritores que intentan esforzarse por mantener separados, su arte de su vida, y sus biógrafos y exégetas procuraron hacer lo mismo. Algunos no están de acuerdo entre sí: unos dirigen sus estudios al romancista con el propósito de ver al hombre; otros se orientan en el universo del hombre refiriéndose al romancista. ¿Cómo no establecer una relación entre el asesino del padre Karamazov - que desea y cumple o incluso inspira a su hijo Iván -, con la actitud de Dostoyevski frente a su propio padre, a quien temía, odiaba y deseaba la muerte?

---

<sup>129</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, véase en comentario de Herzen, 1989, pág. 113.

<sup>130</sup> Encarta, 1996.

En esa obra Dostoyevski elaboró un personaje que encarnó todas las características de un parricida<sup>131</sup>. El arrepentimiento por un crimen que no se cometió, apenas se deseó cometer y por el que se consideró culpable, figura en todos los personajes de ese romance menos en Smerdiákov. Esto ilustra el sentimiento de Dimitrí cuando dijo que aceptaba la expiación porque él mismo quiso matarlo. Tanto Iván como Dostoyevski deseaban el crimen y no osaban ponerlo en práctica. Eran asesinos no ejecutantes<sup>132</sup>.

Strakhov y Bielinski opinan que Dostoyevski era un hombre *envidioso* y *malo*, rasgos trazados en el personaje de Smerdiákov<sup>133</sup>.

La obra maestra de Dostoyevski trata de un caso de parricidio consumado tres veces por cuatro hermanos - en espíritu, en el deseo y de hecho. El autor crea un personaje de once años - Iliucha Snieguirev - que ejecuta el crimen subjetivamente y simbólicamente matando a un perro y después muere de remordimiento. Su relación con Smerdiákov, el verdadero asesino, resulta en una complicidad<sup>134</sup>.

En "*Los Hermanos Karamázov*" interpretado maravillosamente por Freud, el acto criminal no ha sido realizado por el protagonista mismo, sino por otro

---

<sup>131</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 9.

<sup>132</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 63.

<sup>133</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 160.

<sup>134</sup> *Op. cit.*, pág. 174.

*sujeto, para el cual no significaba un parricidio. El protagonista debía vengar el crimen, pero es incapaz de hacerlo, paralizado por su sentimiento de culpabilidad.*<sup>135</sup>

El verdadero asesino del padre, Smerdiákov, es el hijo bastardo y no reconocido de Fiodor. Una especie de eunuco que no se interesaba por mujeres, poco viril y un tanto afeminado, tenía tanto desprecio por el sexo femenino como por el masculino<sup>136</sup>.

Analizando la obra dostoyevskiana, Freud elucida:

*“El parricida es, en efecto, otro hermano, al que Dostoyevski atribuye singularmente su propia enfermedad, la pretendida epilepsia, como si quisiera confesar que el neurótico y epiléptico que en él había era un parricida.”*<sup>137</sup>

Nacido de la violación de una campesina: la madre es violada en el lodo, y como no bastara eso, él nace en el cuarto de baño - como si fuera un excremento - y la madre se muere enseguida. Lleva en su nombre el sinónimo de fétido, anal: Smerdiákov, era el apellido de la madre - Smerdiachtkaiia, la pestilente, la maloliente<sup>138</sup>. Ese nombre avergüenza a Smerdiákov y le imposibilita

---

<sup>135</sup> Sigmund Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

<sup>136</sup> Fyodor Dostoyevski, *Los Hermanos Karamázov*, Vol. I, 1953, pp. 272 – 73.

<sup>137</sup> Sigmund Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

<sup>138</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 14.

de ascender social, moral, sexual e intelectualmente<sup>139</sup>. Smerdiákov reconoce en sí las consecuencias de ser hijo de la maloliente, la cochambrosa, la sucia y eso le torna un hombre taciturno pero astuto. Vive bajo el imperio reminiscente de la violación monstruosa que sufrió la madre y del recuerdo de ser un hijo *matricida*.

El sentimiento de inferioridad, de incapacidad, sube a la superficie como síntoma del sentimiento de culpabilidad como responsabilidad por ser quien es: un don nadie, bastardo y con el estigma de mefítico. Haber sido renegado por el padre y privado de llevar su nombre; hijo de madre *fétida* y tratado como lacayo, le resultó tan enojoso que le hizo engañar a la persona a quien le tenía confianza y premeditar su muerte. Smerdiákov, el siervo asesino, termina por ser el ejecutor del deseo parricida de los que no osaran ponerlo en práctica: los demás hermanos<sup>140</sup>.

En "*Los Hermanos Karamázov*" (1879-1880), generalmente considerado el mejor trabajo de Dostoyevski, entrelaza la exploración religiosa con la historia de las riñas violentas de una familia por culpa de una mujer y una herencia disputada<sup>141</sup>. Fiodor pasa el secreto del código de entrar en casa a su hijo bastardo Smerdiákov con la intención de que fuera a dárselo a Grúshenka. Smerdiákov pasa el secreto a Dimitrí para que la sospecha del crimen recayese sobre él, ya que

---

<sup>139</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 20. Referencia del autor véase en la obra *Los Hermanos Karamázov*, 1953, pág. 439.

<sup>140</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 175.

<sup>141</sup> Encarta, 1996.

era Dimitrí quien alegaba públicamente el deseo de matar al padre. “En ningún momento consigue realmente sentirse culpable sobre lo que sea”<sup>142</sup>.

Aparte de ser también epiléptico, otra semejanza entre personaje y autor está en el propio nombre de Smerdiákov: Pavel Fiodorovich es la imagen especular del nombre del viejo Karamazov, Fiódor Pavlóvich. En realidad el nombre Pavel Fiodorovitch es el espejo de Fiódor Pavlóvich. Fiodorovich significa *el hijo de Fiodor*. Esa relación de espejo con el padre queda muy evidenciada al sobreponer la sensualidad desfrenada de Fiodor a la impotencia congénita de Pavel”. <sup>143</sup> Es la impotencia la que lleva al viejo sádico a preservar Grúschenka junto a sí viviendo en la misma casa.

Smerdiákov es exactamente el opuesto a la imagen del padre: Fiodor es un hombre bastante sensual y el hijo es un eunuco, castrado, poco atractivo<sup>144</sup>.

El apetito sensual ilimitado del padre desagradaba a los hijos y les avergonzaba mucho. El disgusto y la vergüenza están incrustados en el nombre de Smerdiákov: aquél que mató a la propia madre con su sórdido nacimiento. Una especie de culpa insoluble parece empujarle del matricidio originario hacia un parricidio, como un intento de distanciarse, de limpiarse de la fuente ignominiosa de

---

<sup>142</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 17.

<sup>143</sup> *Op. cit.*, 1998, pág. 20.

<sup>144</sup> *Op. cit.*, pág. 9.

su nacimiento”.<sup>145</sup> Smerdiákov guarda un odio intenso del padre por ser él el responsable de toda su desgracia.<sup>146</sup>

En verdad Smerdiákov rechaza cualquier intento de considerar pecado la apostasía, y de esta manera estaría absolviéndose del pecado por matar al padre para “salvar la propia piel”, para que el padre no terminase de destruirlo. Smerdiákov revela dificultad en comprender el pecado de la apostasía. Refuta toda la idea de pecado y de culpa moral impuestos por el cristianismo.<sup>147</sup>

Smerdiákov, personaje diabólico, de nítidas limitaciones intelectuales, idolatraba a Iván y quería mucho ser igual a él. Se da cuenta de la intención premeditada de Iván en matar al padre y lo utiliza para alcanzar su objetivo, ya que no tenía coraje de hacerlo. Smerdiákov se identifica con Iván para aliviar el fardo de su origen. Astutamente Smerdiákov trama el asesinato, arquitecta una forma de tener a Dimitrí como alibí y mancomunarse con Iván.<sup>148</sup> Smerdiákov finalmente en el final del romance se ahorca. Cuando Dostoyevski se sintió impulsado a suicidarse “relámpagos súbitos de sus caprichos bien femeninos” - comentario de Yastrjembski - le impidieron hacerlo<sup>149</sup>.

Iván el anarquista, también desea la muerte del padre por venganza, por haber sido abandonado y maltratado en la infancia. Es el verdadero mentor

---

<sup>145</sup> *Op. cit.*, pág. 20, véase en la Obra “*Los Hermanos Karamázov*”, pp. 439-440.

<sup>146</sup> *Op. cit.*, pág. 22, véase en el Obra “*Los Hermanos Karamázov*”, Vol. I, pág. 440.

<sup>147</sup> *Op. cit.*, pág. 21, véase en el Obra “*Los Hermanos Karamázov*”, pp. 277-79.

<sup>148</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 27.

<sup>149</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 87.

del parricidio. Para él todo es permitido, porque cree que Dios no existe; incluso matar al padre y desear a la madre. Iván deja escapar su odio parricida al decir que “el destino de los reptiles es el de devorarse entre sí”<sup>150</sup>.

Las alusiones de Freud presentes en el artículo “*Dostoyevski y el parricidio*”, revelan que de todos los personajes dostoyevskianos, Iván fue el que más provocó su interés. Freud se refiere una vez más a que la intención culposa de Iván se traduce “punto a punto” en el acto culpable de su medio hermano bastardo Smerdiákov, el verdadero asesino”.<sup>151</sup> Perfil de Iván: hipocondríaco

Aliosha, el novicio elegido por el *staretz* Zossima, también desea el parricidio y también desea a Grúshenka. También tentado por el deseo, es hostigado por el peso del compromiso que la religión le imponía<sup>152</sup>. Aliosha vive con los escolares, es el santo, el que pretende alcanzar la luz a través de la autopunición, del alejamiento de los placeres mundanos, de la concupiscencia, de la sensualidad<sup>153</sup>. Cuando el personaje Aliosha dijo en “*Los Hermanos Karamazov*” (1879-1880), “*nosotros debemos amar la vida más allá de su significado*”, podría ser su intento de reprimir sus deseos de muerte.

Iliucha, según Dominique, es un niño ofendido, ignominia destinada al padre y resentida por el niño. El ofensor de su padre es Dimitrí Karamazov, aquel

---

<sup>150</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 17. Véase en el Obra pág. 298.

<sup>151</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 27.

que quiso pero no pudo matar a su propio padre y que exclamará: “Todos son culpables de todo en cuanto a todos”<sup>154</sup>. Dimitrí es el primer hijo y jura matar al padre por trapacearlo en la herencia y por haber tenido que disputar la misma mujer, Grúschenka. Es acusado de un crimen que no cometió.

Retomando el análisis de Freud sobre Dostoyevski, esclarece que, “para la Psicología, lo único que importa es quién lo ha deseado en su fuero interno y ha acogido gustoso su realización, y por eso son igualmente culpables todos los hermanos - con excepción de Aliosha, figura de contraste -, tanto el vividor entregado a sus instintos, como el cínico escéptico y el criminal epiléptico”.<sup>155</sup>

Dimitrí mismo, siendo inocente, es condenado y acepta la expiación, incluso tiene un sueño, que podemos relacionarlo con lo que ha hecho al padre de Iliucha: un recién nacido se muere de hambre sobre el pecho seco de la madre hambrienta. Para Dominique ya no se trata del sufrimiento de un único hombre, tratase del sufrimiento de un único niño.<sup>156</sup>

---

<sup>152</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 174.

<sup>153</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 14.

<sup>154</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 175.

<sup>155</sup> Sigmund Freud, *Dostoyevski y el parricidio*, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

<sup>156</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 176.



A juzgar por Freud, Fiodor Pávlovich, el padre en “Los Hermanos Karamázov”, es uno de los personajes significativamente diabólicos en la obra de Dostoyevski<sup>157</sup>. El primer nombre de este personaje es igual al de Dostoyevski y el apellido traduce que el sujeto está bajo el “signo de quien está manchado de negro, sucio, vilipendiado, agredido y, exactamente por eso, debiendo ser castigado siendo asesinado por el propio hijo. De los dos matrimonios le resultaron tres hijos: del primer matrimonio nació Dimitrí que fuera abandonado por el padre después de la muerte de la madre. Iván y Aliosha son hijos del segundo matrimonio.

Dueño de una sensualidad desmedida Fiodor Pávlovich es un padre agresivo, adicto al alcohol y a las mujeres. Impone poder por el manejo del dinero, trapacea en cuanto a la herencia de los hijos, negándose a darles el dinero que les correspondía a ellos. Hereje, fanfarrón, de carácter lascivo, sensualidad exagerada, bestial y demoníaca se divierte contando que fue traicionado<sup>158</sup>. De mirada desvergonzada, es suspicaz y sarcástico, un eterno insatisfecho. Posee carácter violento y celoso, tenía a los hijos como rivales en la disputa por las mujeres, y por esa razón los mantenía lejos de él. De acuerdo con Freud es el padre de la horda primitiva.

---

<sup>157</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 13.

<sup>158</sup> Feodor Dostoyevski, *Los Hermanos Karamázov*, Vol. I, 1953, pág.102.

Dostoyevski describe con gran riqueza de detalles el perfil de su propio padre en el personaje de Fiodor Pávlovich, subrayando el lado tiránico de su personalidad. Las cartas de Dostoyevski a su padre hablan claramente sobre la tutela de un padre que consigue convertir en arte de vivir la peor tiranía doméstica: “Mándame 40 rublos y me sacareis del infierno”. Las súplicas son constantes en las cartas que el joven alumno de la Escuela Superior de Ingeniería Militar dirigía al padre; muchas veces él no tenía lo suficiente para sellar la carta. Pequeñas e incesantes crueldades. Solamente el capricho de un padre hace de él ese ser humillado; su padre, terror y vergüenza de su infancia<sup>159</sup>. Según Dostoyevski, sentimental y cruel será también el padre Karamazov.

No crió a ninguno de los cuatro hijos, legítimos o ilegítimos<sup>160</sup>. Todos fueron criados por otras personas. Dominado por el alcohol - “el único matrimonio fiel que admito”<sup>161</sup> -, que lo hacía todavía más irónico, crítico, feroz y destructivo. Denota una acentuada necesidad de agradar, de ser querido por los demás: “cuando, a veces, digo desatinos, lo hago deliberadamente con la intención de hacer reír a los demás y de tornarme simpático”<sup>162</sup>. El padre es efectivamente muerto por razón de su apetito de posesión ilimitada de hembras y por excluir a los hijos de la partición de esos goces<sup>163</sup>.

---

<sup>159</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág. 53.

<sup>160</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998.

<sup>161</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, pág. 16, 1998. Véase en el Obra *Los Hermanos Karamázov*, pág. 439, Vol. I.

<sup>162</sup> Feodor Dostoyevski, *Los Hermanos Karamázov*, 1953, pp. 132 y 133.

Hay tres temas que viven en el espíritu del escritor que son: la fe ortodoxa, los niños que son a la vez criminales y víctimas y, como no podría dejar de ser, el parricidio.

El ciclo karamazoviano se encierra en su origen, en el origen del nombre del padre<sup>164</sup>. Para Freud, ese romance nos cuenta la historia secreta del individuo, que bajo la luz del análisis, muestra que la relación con el padre es ambivalente: una cariñosa sumisión o una rebeldía hostil<sup>165</sup>.

Les enfants parricides figuran en las obras de Dostoyevski, como niños víctimas de la brutal frialdad emocional de la figura paterna y su cólera contra una madre indefensa. Niños amedrentados por razón de las peleas descomunales entre los padres.

En obras como la crónica de una niña de nueve años, Nietotchka Nezvanova -Annete-, Dostoyevski define en el primer capítulo la madre como una víctima y el padre como verdugo. Como es una historia que cuenta el amor incestuoso de una niña por su padre, amor despertado por la compasión, en el segundo capítulo se invierten los papeles, pasando a presentar la madre como villana y el padre la víctima: (...) la niña está agachada en un rincón de la vieja casa; su padre y su madre están peleando. Agotadas las quejas, injurias y gritos, la

---

<sup>163</sup> Edson Amâncio, *Personajes Diabólicos en Dostoyevski*, 1998, pág. 18.

<sup>164</sup> *Op. cit.*, 1998, pág. 15.

mujer entregada a su propia cólera, adopta actitudes más violentas tirándole botellas vacías, platos de madera que sobrevuelan contra el padre sin llegar a pegarle. Dicen que la mujer ama a su marido, entretanto los hechos muestran que lo odia con todas sus fuerzas.

¿Él no destruyó su entusiasta juventud, sus sueños, su confianza, su fervor? El hombre, en pie, chacoteando, demuestra claramente toda su indiferencia, sonríe por ver sufrir a su mujer, siente una inmensurable satisfacción por ello. Emerge en sus desconcertantes sueños, sus fantasías de borracho, y se complace en pegarla para su propia satisfacción y deseos más ínfimos<sup>166</sup>.

Dostoyevski es un sujeto de imprevisible y penetrante autodestructividad<sup>167</sup>, y todos sus personajes viven una culpa imaginaria, por un motivo u otro, inclusive en el caso de Smerdiákov - él vive una culpa imaginaria por haber matado a la madre. Esa culpa imaginaria puede haber contribuido para que él ejecutase su plan; exterminando la supuesta causa de todos sus males - el padre - estaría él libre de ese dolor fatigante que lacera su personalidad y su carácter.

---

<sup>165</sup> *Op. cit.*, 1998, pág. 12.

<sup>166</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pp. 73, 74 y 75.

<sup>167</sup> Fyodor Dostoyevski, *Notas del Subsuelo*, 1864.

Lo imaginario también está en “Nietochka Niezvanova” (1846)<sup>168</sup> que una noche se despertó en el lecho de su madre asustada por la oscuridad, escuchaba a los ruidos de una rata - alucinaciones de su propia inquietud -. Ella no se atreve a despertar a la madre porque, a juzgar por ella, “le inspira un terror todavía peor que todos los miedos juntos”.

Siguiendo con la lectura de Dominique sobre Nietochka, nos deparamos con un autoanálisis engendrado por la niña sobre su propia vida, sus sentimientos positivos y negativos hacia su madre: “yo he comprendido (...) que en nuestra vieja casa había la presencia de una infelicidad perpetua, insostenible”. Buscando la causa llega a darse cuenta de que acusaba a la madre de ser el verdugo del padre y pasa a condenarse por ello: “¿(...) cómo mi espíritu forjó una convicción tan monstruosa?”<sup>169</sup>. Concluye que cuanto más se aproximaba al padre más enojo y odio sentía por la madre. El recuerdo de los hechos le lacera profundamente y le llena de amargura. Procurando explicaciones, Nietotchka, encontró una: “Puede ser que mi madre fue muy severa conmigo y yo me apegué a mi padre, como el ser que, pienso yo, sufría del mismo mal que yo, pues yo tenía un enorme miedo de mi madre, yo me decía que todos la temían a ella igualmente”<sup>170</sup>. “Esa idea, concluye ella, jamás me dejó y día por día me indignaba más”.

---

<sup>168</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág.76.

<sup>169</sup> *Op. cit.*, pág.77.

La historia que Dostoyevski nos cuenta en “Los Hermanos Karamázov”, nos remite al trabajo desarrollado por Freud en “Tótem y Tabú”, la historia de los hijos reunidos para asesinar el padre en la horda primitiva. Los cuatro hermanos Karamázov son apenas uno: Dostoyevski - Aliosha el santo y cómplice omiso del parricidio; Dimitrí, el furioso y carnal, lírico, que deseaba matar al padre pero no tenía coraje; Smerdiákov-Iván, los hermanos a medias: el brazo que mata y el espíritu que desea el crimen. Cada uno tiene una parte relacionada con el niño Iliucha. Smerdiákov enseña al pequeño a matar al perro y el niño se muere de remordimiento. En esta historia melodramática que encanta a los lectores, un mórbido y simpático tratamiento de los caracteres indefensos introduce el famoso tema de Dostoyevski: redención y felicidad a través del sufrir<sup>171</sup>.

Dostoyevski rechaza el optimismo, se complace con el sufrimiento, puesto que denota un deseo inconsciente de ser el culpable de la muerte del padre, quizás de esa forma podría redimirse de los deseos ocultos de muerte. No consigue explicarse ese sentimiento a sí mismo y tampoco a los demás<sup>172</sup>. Dostoyevski, en “Memorias del Subsuelo”, escribe que la felicidad se compra con el sufrimiento<sup>173</sup>, y complementando este mismo pensamiento, Dominique

---

<sup>170</sup> Dominique Arban, *Le Coupable*, 1953, pág.77.

<sup>171</sup> Encarta, 1996.

<sup>172</sup> Dominique Arban, *Dostoyevski*, 1989, pág. 176.

<sup>173</sup> *Op. cit.*, pág. 127.

recuerda una frase del autor: “el hombre no viene al mundo para ser feliz (...) tenemos que pagarla - la felicidad - con años de sufrimiento”<sup>174</sup>.

Finalmente, Freud que, afirmaba en “Psicopatología de la vida cotidiana”, que es muy difícil para el psicoanalista descubrir algo que algún otro escritor ya no supiera, en su inexorable coherencia, se dirigió a Dostoyevski, para una vez más, descifrar el enigma.

Será en “Dostoyevski y el parricidio” donde formulará lo esencial de su concepción, definiendo la melancolía del gran escritor como derivado de deseos parricidas que en él permanecieran sin castigo. En sus palabras:

*“Disponemos de un punto de partida seguro. Conocemos el significado de las primeras crisis que Dostoyevski sufrió en sus primeros años, mucho antes de la incidencia de la 'epilepsia'. Esas crisis tenían el significado de muerte; eran anunciadas por un temor a la muerte y consistían en estados soñolientos, letárgicos. La molestia le acometió por primera vez cuando aún niño, bajo la forma de una melancolía súbita e infundada, una sensación, como más tarde contó a su amigo Strachoff, de que iba a morir allí mismo. (...) Conocemos el significado y la intención de esas crisis semejantes a la muerte. Significan una identificación con una persona muerta, sea con alguien que está realmente muerto o con alguien que aún está vivo y que el individuo desea que muera. El último caso es el más significativo. La crisis posee entonces el valor de una punición. Quisiéramos que otra persona muriese; ahora somos nosotros esa otra persona y estamos muertos. En ese punto, la teoría psicoanalítica introduce la afirmación de que, para un niño, esa otra persona generalmente es el padre, y de que la crisis (denominada histérica) constituye así una autopunición por un deseo de muerte contra un padre odiado”.*

Retomando a Freud, en “Dostoyevski y el Parricidio”, si el padre fue severo, violento y cruel, el Super-Yo toma de él estas condiciones, y en su relación

---

<sup>174</sup> Ibídem.

con el yo se restablece aquella pasividad que precisamente había de ser reprimida. El Super-Yo se ha hecho sádico, y el yo se hace masoquista; esto es, femeninamente pasivo en el fondo. Fórmase en el yo una magna necesidad de castigo, que permanece, en parte como tal a disposición del destino y encuentra, en parte, satisfacción en el maltrato por el Super-Yo (sentimiento de culpabilidad). Todo castigo es, en el fondo, la castración y como tal, el cumplimiento de la antigua actitud pasiva con respecto al padre. Aquí Freud habla del carácter sádico de un Super-Yo que ha internalizado una ley sádica, (se trataría de nuevo de un Yo Ideal), la de este tipo de padres que gozan con sus “objetos”, ya sean hijos o esposa, que no respetan ellos mismos un límite, una prohibición en su deseo de poseerlos por completo, o incluso de destruirlos por no ser “perfectos”, o para mejor gozar de ellos. Como consecuencia el Sujeto se encuentra sometido en una posición femenina respecto del padre, la de objeto de goce del padre.

El parricidio de acuerdo con una conceptualización bien conocida, es el crimen principal y primario de la humanidad, así como del individuo. Es, en todo caso, la fuente principal del sentimiento de culpa, aunque no sepamos si la única; las pesquisas aún no consiguieron establecer con certeza el origen mental de la culpa y de la necesidad de expiación.



## E. Bibliografía

- ABERASTURY, Arminda. 1979. *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*, Editorial Paidós: Buenos Aires. Trad. Portugués 1982: *Psicanálise de Crianças – teoria e técnica*, Editora Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil
- ALEXANDER, Franz. 1987. *Psychosomatic Medicine – Its Principles and Applications*. W.W. Norton & Company, Inc.: New York. Trad. Portugués 1989: *Medicina Psicossomática, princípios e aplicações*. Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.
- AMÂNCIO, Edson. 1998. *Personagens Diabólicos em Dostoyevski*. Unidade Editorial: Porto Alegre, Brasil.
- ARBAN, Dominique. 1953. *Le Coupable*. Editora René Julliard: París, Francia.
- ARBAN, Dominique. 1962. *Dostoyevski*. Editions Du Seuil, París, Francia. Trad. Portugués: 1989. *Dostoyevski*. José Olympio Editora S.A., Colección Escritores de Siempre: Rio de Janeiro, Brasil.
- BRANDEN, Nathaniel. 1983. *Honoring the Self. The Psychology of Confidence and Respect*, Brantam. Trad. Español 1997: *El Respeto Hacia Uno Mismo*. Paidós: Barcelona, España.
- DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM-IV. 1994. American Psychiatric Association: Washington, D.C., USA. DSM IV Breviario. Criterios Diagnósticos. 1995. Masson S.A.: Madrid, España.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1880. *Bratia Karamázovi*. Trad. Portugués 1953: *Os Irmãos Karamázovi*. Jose Olympio Editora, 3 Vol: Rio de Janeiro, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1866. *Prestuplenie i Nakazanie*. Trad. Portugués 2002: *Crime e Castigo*. Nova Cultural: São Paulo, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1872. *Los Endemoniados*. Trad. Portugués 1954: *Os Demônios*. 1º volumen. José Olympio Editora: Porto Alegre, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1867. *El Jugador*. Trad. Portugués 1972: *O Jogador*, Organização Editorial Brasileira: São Paulo, Brasil. 1987: *O Jogador*. Editora Bertrand Brasil: São Paulo, Brasil.

- DOSTOYEVSKI, F. M. 1875. *El Adolescente*. Trad. Portugués 1983: *O Adolescente*. En *Aquí e agora* - introducción biográfica. Global Editora: São Paulo, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1960. *Historias Dramáticas*. En introducción biográfica *Os Caminhos de Dostoyevski*. Editora Cultrix: São Paulo, Brasil.
- DSM-IV *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 1994. American Psychiatric Association: Washington, D.C, USA. Trad. Portugués 1995: *DSM-IV Manual Diagnostico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Artes Medicas, 4ª ed.: Porto Alegre, Brasil.
- ENCARTA 96 *ENCYCLOPEDIA*. 1993-1995 Microsoft Corporation. © Funk & Wagnalls Corporation.
- FREUD, Sigmund. 1888. "Prólogo y Notas al Libro de Bernheim". 1968: *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1891. "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1892. "Un Caso de Curación Hipnótica", en "Artículos Varios", *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1901. "Psicopatología de la vida cotidiana". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1905. "Tres Ensayos para una Teoría Sexual". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1905. "Psicoterapia (Tratamiento por el Espíritu)", en "Artículos Varios". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.

- FREUD, Sigmund. 1910. "Un recuerdo Infantil de Leonardo de Vinci", *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1912. "Tótem y Tabú". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1914. "Recuerdo, Repetición y Elaboración". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1914. "Introducción al narcisismo". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1915. "Psicoanálisis Aplicado", - Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte", II, Nuestra aptitud ante la muerte. *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1915. "Los instintos y sus destinos". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1916. "Varios Tipos de Carácter Descubiertos en la Labor Analítica", (III), "Los delincuentes por sentimientos de culpabilidad". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1919. "Lo Siniestro". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1921. "Psicología de las Masas y Análisis del Yo". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hélade.
- FREUD, Sigmund. 1922. "Observaciones Sobre el Inconsciente". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*.

- <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1923. "El Yo y el Ello". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1925. "Inhibición, Síntoma y Angustia". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1927. "Dostoyevski y el parricidio". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1929. "El Malestar en la Cultura". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- GREGORY, Richard L. (ed) 1987. *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford University Press, Reino Unido. Trad. Español 1995: *Diccionario Oxford De La Mente*. Alianza Editorial, S. A.: Madrid, España.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. 1994. *Synopsis of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. Trad. Español 1996: *Sinopsis de Psiquiatría*. Panamericana: Madrid, España.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1969. *On Death and Dying*. Trad. Portugués 1989: *Sobre a Morte e o Morrer*, Martins Fuentes: São Paulo, Brasil.
- LAPLANCHE, Jean. 1961. *Hölderlin et la question du père*. Presses Universitaires de France: París, Francia. Trad. Portugués 1991: *Hölderlin e a questão do pai*. Jorge Zahar Editor Ltda: Rio de Janeiro, Brasil.
- MEZAN, Renato. 1998. *Escrever a Clínica*. Casa do Psicólogo: São Paulo, Brasil.
- MEZAN, Renato. 1998. *Tempo de Muda, ensaios de psicanálise*. Companhia das Letras, Editora Schwarcz Ltda.: São Paulo, Brasil.
- NAVARRO-BELTRÁN, Estanislao (coord.) 1996. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Masson, S. A., 13ª ed.: Barcelona, España. Primera edición: 1918.

- ORTÍZ DE ZÁRATE, Amaya. 1996. *La Psicología del Arte de Vigotsky: Los límites de la Psicología Cognitiva*. Trama & Fondo: Lectura y Teoría del Texto, N° 3, 27-43.
- ROF.CARBALLO, J. 1955. *Patología Psicosomática*. Editorial Paz Montalvo: Madrid, España.
- SOIFER, Raquel. 1978. *Psicodinamismos de la Familia con Niños*. Trad. Portugués 1983: *Psicodinamismos da Família com Crianças*. Terapia familiar com técnica de jogo, Editora Vozes: Petrópolis, Brasil.

## 2) El Señor G.

La indiscutible relación existente entre el asesinato del padre en la obra "*Los Hermanos Karamázov*" y el destino del padre de Dostoyevski ha sido recogida por más de un biógrafo y relatada hasta aquí de forma sucinta.

Para ilustrar el objetivo de esa tesis elegimos el Caso Clínico del Sr. G. que se equipara al caso de Dostoyevski. Una secuencia de breves ilustraciones clínicas servirán para esclarecer ese punto, y, demostrar la influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria en el origen y agravación de una enfermedad.

A fines de 1996, un colega médico envió a mi consulta a un hombre joven de aproximadamente treinta y siete años, que desde hacia más de un año venía padeciendo dolores lumbares. A su demanda añadía que en su opinión se trataba de un dolor de naturaleza muy indeterminada, probablemente de fondo psicosomático, visto que los síntomas no eran provenientes de ninguna enfermedad orgánica y que la farmacoterapia prescrita vino apenas a mitigar los síntomas.

El dolor, como nos lo recuerda Zabalegui<sup>1</sup>, es un sistema de alerta así como el sentimiento de culpabilidad, ambos avisan que algo va mal.

Se hace imprescindible resaltar que el sujeto se había sometido a una terapia alternativa que seguramente hizo incrementar sus resistencias. Llegó a la consulta con un lenguaje casi totalmente simbólico y metafórico reforzando la racionalización: decía tener una *parte de su Yo* que le *prendía* y otra que *realizaba*, como una *polaridad*. Tenía *ganas de hacer algunas cosas y algo* le estaba *impidiendo* que lo hiciera.

En su funcionamiento anímico la parte del Yo que le “prendía” en realidad se trataba de su Ideal del Yo<sup>2</sup> que ejerce el papel de limitador, de protector<sup>3</sup>, que contiene los impulsos del Ello. Desde el principio, al sujeto se le denotó claramente los mecanismos utilizados para defender su neurosis, resistir al análisis y oponerse al Yo Real. Fundamentada en eso, he dado preferencia por trabajar dejándole traer a la conciencia su inconsciente reprimido, en forma metafórica y simbólica, con excelentes resultados.

---

1 Zabalegui Rodríguez, 1997.

2 Hay que hacer referencia, a este respecto, a la concepción freudiana del Superyo: << El Superyo no es simplemente un residuo de las primeras elecciones de objeto del Ello, sino también una enérgica formación reactiva contra las mismas. Su relación con el Yo no se limita a la advertencia: «Así (como el padre) debes ser», sino que comprende también la prohibición: «Así (como el padre) no debes ser: no debes hacer todo lo que él hace, pues hay algo que le está exclusivamente reservado». Esta doble faz del Ideal del Yo depende de su anterior participación en la represión del complejo de Edipo, e incluso debe su génesis a tal represión>> (S. Freud, El Yo y el Ello, Tomo III, *El yo y el super-yo* (Ideal del Yo), 1923, pág. 19.).

3 S. Freud, *El Yo y el Ello*, Tomo V, *Las servidumbres del yo*, 1923, pág. 30.

La principal queja del paciente, aparte de los dolores de espalda, se centraba en una insatisfacción con su propia conducta: se decía incapaz de mantener una amistad de forma duradera – como si tuviera *miedo a las personas*, de imponerse a ellas, expresar sus deseos, manifestando miedo de vender su imagen, de hablar por sí mismo y tomar iniciativas que le beneficiaran. Eso le ocurría en el ambiente de trabajo, en su casa con sus familiares y en las relaciones sociales. El miedo existe porque su culpa le dice que es desmerecedor de amor e indigno de vida, y por consiguiente, teme la falta de amor.

La similitud entre las reacciones, actitudes y síntomas de Dostoyevski y del Sr. G. es como mínimo curiosa. La queja del Sr. G. se centraba exactamente en su estado de desánimo, tristeza, placidez, mientras tanto se hundía de inmensurable agobio y angustia que le provocaba un estado de excitación sobre el futuro a espera de algo mejor con esperanza y, no obstante, con mucho temor. Dostoyevski sufría de depresión, enfermedad que favorecía la introspección y a una consecuente reflexión que seguramente facilitó la elaboración de sus obras.

Dostoyevski se utiliza de la creación como forma de reparación o expiación. El Sr. G., en cambio, por carecer de herramientas simbólicas seguramente, hace un texto con los síntomas somáticos en lugar de hacer otro tipo de textos. Digamos que habla con el cuerpo, pero no es capaz de transformar su goce (dolor, padecimiento) en goce estético, que pueda ser compartido por todos.



No hay una elaboración simbólica a partir del dolor, de la tristeza, que pueda ser productiva.

El miedo del Sr. G. a las personas, inclusive el miedo de vender su propia imagen, refleja el temor al Superyo, eso es, el discernimiento de que es culpable o se siente culpable, sin necesariamente serlo, de que “soy yo quien es así”, y eso “me conduce a un sentimiento de responsabilidad por ser quien soy y por esto me culpo”. Para Freud el sentimiento de culpabilidad se manifiesta a través del Superyo, siendo originario del miedo a la autoridad y al propio Superyo.

Se quejaba de despertarse por las mañanas sin ganas de hacer nada o despertarse varias veces durante la noche, de los ataques de ansiedad, problemas de memoria, pensamientos de muerte, lentitud, desánimo, apetito voraz, inseguridad, baja autoestima y temor a la pérdida. Estos síntomas satisfacen los criterios para el diagnóstico de depresión de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV. Se decía sin autoridad para con su hijo, descuidado con cosas subjetivas como falta de creatividad en el enlace afectivo con su mujer, carecer de iniciativa y considerase demasiado desorganizado en su casa. Seguidamente hace el mismo comentario al final de sus narrativas con respecto a esas quejas: “*me siento atado*”. Explica que sentirse atado

significaba para él que *algo*<sup>4</sup> le impedía realizar sus deseos; *como si existiera algo que no me permitía hacer las cosas o de ser quien soy*. Veremos más adelante que esta sensación estará relacionada a la enfermedad estomacal y renal.

Es este paciente de nacionalidad ítalo-brasileña, graduado en periodismo, aunque ejercía una función completamente diversa a su formación académica. Había empezado la graduación en arquitectura - profesión ejercida por el padre - y la interrumpió faltándole dos años para que lo concluyera. Un hombre de aspecto juvenil, corpulento, apuesto, de conversación perfectamente coherente y de sorprendente inteligencia - se decía demasiado realista -, que había sido trasladado de una metrópoli a una provincia, por imposición de la empresa donde trabajaba.

Una feliz coincidente característica del Sr. G. y de Dostoyevski era la considerable intelectualidad. Otra semejanza entre ellos está en que el Sr. G., así como Dostoyevski, tuvo su vida orientada por principios doctrinarios que regentó su época. Él sufrió la influencia del movimiento de liberalidad sexual de los años 60. Ya Dostoyevski fueron el liberalismo que visa asegurar la libertad individual en el campo de la política, de la moral y de la religión; y el panteísmo que es un sistema de los que creen que la totalidad del universo es el único Dios.

---

4 Sigmund Freud dice, que la labor analítica nos muestra que este <<algo>> está relacionado a un impulso reprimido: <<puede desarrollar energías sin que el Yo advierta la coerción, y sólo una resistencia contra tal coerción o una interrupción de la reacción de descarga, lo hacen consciente, en el acto, como displacer>>. (Freud, 1923, *El Yo y el Ello*, Tomo II, pág. 13).

El sujeto tenía un único hijo varón de 4 años y medio y desde hacía unos meses la relación padre-hijo se veía afectada por una falta de autoridad para con el hijo. Una gran dificultad en decirle “no”, en negarle las cosas, le hacía sentirse *dominado por el niño: no tengo coraje de imponerme como padre.*

Las primeras palabras que utilizó para referirse al hijo fueron: *él es mi desafío*, explicando posteriormente que el niño le hacía encarar de frente a los problemas. Más tarde con el análisis, el sujeto se hizo consciente de que a través del ejemplo del hijo terminaría por rescatar la simplicidad, la afectividad.

El sentimiento de inferioridad se hizo evidente desde el principio del trabajo analítico, en el sufrimiento externado al comentar que sus colegas tenían facilidad en relacionarse con las personas, que tenían capacidad para seguir adelante en la carrera, alcanzando mejores puestos y mejor remunerados. Se quejaba de que apenas él no lo conseguía, haciéndole sentirse *menos que los demás, inclusive inferior, porque muchos de ellos tenían un curriculum inferior al suyo*. Le parecía que los colegas se creían superiores a él porque le trataban a veces con determinada arrogancia. Opinaba que lo que les faltaba era *un poco más de humildad - no son humildes lo suficiente para aceptarme como soy en realidad.*

Se decía con cualidades que no ponía en práctica debido a algo que le bloqueaba, características que veía claramente en sus amigos, como la osadía, el desprendimiento, la versatilidad, expresión verbal adecuada que les facilitaba

expresar sus convicciones claramente, seguridad, capacidad para atraer a las personas y ser un “aglutinador”<sup>5</sup>. Él también dejaba de ser humilde - que para él le representaba ser inferior - siempre y cuando utilizara el mecanismo de racionalización.

En respuesta al sentimiento de inferioridad, el paciente desarrolló un estilo peculiar de vencer y afirmarse frente a los demás conquistando por la debilidad, demostrándose tímido, “buena gente”, cediendo su lugar al otro<sup>6</sup>.

Al enfermo se le notaba atormentado por una falta de autoconfianza, indecisión e inseguridad que le arrastraba a una baja autoestima. Un alto nivel de ansiedad le impedía alcanzar objetivos como el de buscarse un trabajo *más de acuerdo a sus vocaciones* y que a la vez, le fuera *más gratificador*; el de tener amistades más duraderas y el de quitarse el miedo de tornarse un mal padre para su hijo: *noto que sigo en este trabajo por comodidad, por falta de osadía y por ser un gran procrastinador*<sup>7</sup>. Como no lograba superar estos problemas, se veía *frustrado* y decía *sentirse por el suelo*.

---

5 Aquí el Sr. G. refiere como *aglutinador* aquél que tiene capacidad de unir, reunir, atraer a la gente.

6 J. Rof Carballo, habla de que *estos hábitos le producían una regresión a la etapa infantil, y con los fracasos de sus intentos, se le agravaba el sentimiento de inferioridad conduciéndolo a la neurosis*. (*Patología Psicosomática*, 1955, pág. 233).

7 El paciente solía utilizarse de esta palabra para referirse a la costumbre que tenía de procrastinar, aplazar, diferir, posponer, demorar, transferir para otro día, postergar.

Tal inquietud le hacía sentirse *por el suelo*, eso es, *triste, depresivo*, y para compensar, se ponía a comer compulsivamente. Muchas veces lo hacía durante la madrugada para que nadie lo viera, enseguida se sentía muy mal consigo mismo, reprochándose por haberlo hecho. Obsérvase aquí un probable sentimiento de culpabilidad y una depresión que aparece enmascarada por la compulsión alimentaria que le llevó a la obesidad, obesidad que no alzó quejas importantes.

La obesidad ampliamente comprobada por un sinnúmero de autores, constituye una forma de canalizar tanto las ansiedades de pérdida como persecutorias. Raquel Soifer<sup>8</sup> hace mención de que tal obesidad, es propiciada y favorecida por los padres – en el caso del Sr. G., la madre – en una forma especial de superprotección. La comida aparece como calmante o solución de todos sus problemas relacionados al “vacío” existencial por la falta del padre, por haber perdido la motivación de conquista y lucha por el amor de la madre, la falta de valoración positiva sobre sí mismo dañada en el momento de la muerte del padre.

La culpa puede ser considerada bajo distintos aspectos, y cuando se habla de enfermedad y de sentimiento de culpabilidad, me refiero a la culpa no en sentido moral, sino en sentido de responsabilidad por el *sí mismo*, y a ejemplo de

---

<sup>8</sup> Raquel Soifer, “*Psicodinamismos de la Familia con Niños: Terapia familiar con técnica de juego*”, 1983, pág. 73.

Condrau<sup>9</sup>, la culpa se define cuando un hombre niega la justificación existencial a sectores existenciales de su ser-sí mismo.

La compensación es resultante reactivo del sentimiento de inferioridad, por esto, el déficit orgánico ocurrido en el estómago aparece para compensar esta falta, restableciendo el equilibrio. Cuando el sujeto nada hace para elaborar el sentimiento de inferioridad, aparte de disfunciones orgánicas, el hombre dominado por un sentimiento de inferioridad no sabe exigir o no acierta a obtener lo que le corresponde por su propia debilidad y la maldad del mundo. Por esta razón, en las ocasiones subsiguientes se presentará todavía con más timidez, con mayor sentimiento de inferioridad y fracasará otra vez en su empeño; con ello aumenta la inseguridad y la sensación de minusvalía”<sup>10</sup>.

Admitía faltarle autodisciplina para cosas personales: era *acomodado*, se *descuidaba con la salud* – hipertensión, alto nivel de colesterol y triglicéridos, taquicardia con ECG normal, y aunque sabiéndolo, seguía comiendo compulsivamente sin hacer nada para reducir el peso. Empezaba a preocuparse por su salud a consecuencia de los alertas dados por el cardiólogo. Tanto la aceleración de los latidos cardíacos, como el aumento de la presión sanguínea o la compulsión alimentaria son equivalentes depresivos y aparecerán en el transcurso de la labor analítica obviamente acompañados de los sentimientos más

---

<sup>9</sup> Gion Condrau, “Angústia y Culpa”. 1968, pág. 159.

<sup>10</sup> J. Rof Carballo, 1955, pág. 234.

desconcertantes, como el sentimiento de culpabilidad. Los disturbios alimentarios comúnmente revelan el sentimiento de culpabilidad como el problema emocional central<sup>11</sup>. Culpa por comer, por engordar, por hacer lo que no debería hacer, por la impotencia frente a la compulsión y por devorar al objeto.

El sujeto tenía aspecto de niño bueno, regordete, con semblante que reflejaba cierta ingenuidad, manteniendo un aspecto bastante juvenil. Ya en el inicio del tratamiento psicoterápico fue posible observar que la obesidad le era beneficiosa por serle útil como un escudo que le protegía de ser totalmente adulto para no asumir las responsabilidades, como por ejemplo, la de ser padre. Manteniéndose físicamente semejante a un niño, le proporcionaba seguridad para asumir la responsabilidad de ser adulto y depararse con el objeto de culpa.

Rof Carballo<sup>12</sup> afirmaba que el sinestésico, retratado en el Sr. G., proyecta su naturaleza subjetiva sobre el mundo exterior, estableciendo una superestructura racional que trata de compensar conscientemente la disolución interna de la estructura psíquica.

El paciente no se permitía arriesgarse tornándose muy resistente a lo nuevo y consecuentemente demasiado defensivo – es lo que me hace sentir atado. Como si tuviera dos opuestos que me conducían a situaciones de puro estrés por

---

11 F. Alexander, 1989, pág. 69.

12 J. Rof Carballo. “*Patología Psicosomática*”, 1955, pág. 104.

pensar o desear cosas ambiguas: quería innovar, cambiar, entretanto se retraía por temor e inseguridad. Racionalmente está de acuerdo pero no se convence totalmente. Se muestra receloso en confirmar su punto de vista y asumir lo que deseaba.

Para no perder los logros secundarios, se pone de acuerdo con los demás pero no confía en ellos. Pondera los beneficios que tiene contra los que puede tener, haciéndole ceder a la incertidumbre sobre los demás beneficios. Se pone en un dilema entre algo que tiene contra algo que puede tener; el status dominante no admite dividir estas cosas y de ahí viene la idea de ser todo o nada. No acepta la castración. Tiene que ser todo y si no, nada. No puede arriesgarse a perder nada, a elegir. No acepta en dividir nada por el poder absoluto. Mi otro lado es apenas un accesorio para dejarme más atractivo, más buena gente. Es un lado que no quiere ver lo que tiene de bueno ni en sí mismo ni tampoco en el otro. Nota que se somete a ese lado, postergando decisiones que le son importantes. Asume ese lado de su personalidad para que los demás asuman los riesgos por él: me dejo someter tornándome irresponsable y, en siendo irresponsable, no necesito tomar decisiones que me comprometan. Intervengo diciéndole que siendo así, no le hace falta crecer, eso es, puede seguir siendo un niño sin las responsabilidades por sus acciones. El sujeto inmediatamente contesta positivamente.

Se apercibe como trabajador, responsable, cuidadoso, de buena índole, reservado e inteligente, por consiguiente, es convicto de que *la inseguridad*



*transforma una persona de buena índole en inferior; transforma una persona cuidadosa en meticulosa, detallista; transforma una persona responsable en alguien sin ninguna audacia, sin acción, sin tomar actitudes.*

El paciente se da cuenta de que su Yo Real, cuando es sojuzgado por el Yo Ideal – el que funciona con lógica Imaginaria -, pasa por una transformación que le produce indecisión, inseguridad y, como protección, se oculta detrás de la baja autoestima o del sentimiento de inferioridad como respaldo a continuar “sin acción”, evitando así responsabilizarse por sus actos y actitudes. Analizando esa parte de su Yo – el Yo Real - que, según y cómo nos relata el sujeto, es responsable por *diferir, postergar, imponer restricciones en las relaciones afectivas, de temperamento inestable, que se deja influenciar, lleno de temores, con mentalidad de empleado, limitador, simpático*, que utiliza la inteligencia como fuga; él observa dos fuerzas opuestas actuando sobre su inseguridad.

La inseguridad le afecta en su autoestima, en su capacidad para correr riesgos y en el retraso de sus decisiones y sus acciones. *Una fuerza retarda la acción estimulando la inseguridad y otra fuerza impulsa la acción activando la seguridad.* Su logro secundario es no correr el riesgo de errar y de sentir el “peso” de la culpa. Retomando a Zabalegui, el sentimiento de culpabilidad señala el camino correcto del núcleo causal del trauma.

Seguido a ese brillante desenlace, el sujeto metaforiza ese *lado* definiéndolo como a un *gusano que se encuentra preso en un capullo oscuro* – aquí otra vez el sentirse atado haciéndose manifiesto –, que tiene *ganas de salir y hacerse conocido, pero que se siente encerrado con mucha dificultad en salir*. Está preso en un lugar pequeño, oscuro, pero puede *verlo y acompañar sus pasos*. Dijo que terminó encerrado por encontrarse en una *situación cómoda* que, *de un momento a otro*, pasó a no serlo y allí se mantiene por *haberse olvidado* de cómo salir. Tiene ganas de salir pero está receloso, el mismo recelo o miedo *igual al de un pájaro que desde que nació vivió en una jaula* – nació recluso – “atado”. Cuando relató eso, sintió una *profunda tristeza*, un intenso sentimiento de *incapacidad e impotencia*, un *aprieto* - dolor - en el estómago.

La psicopatización empieza a dar sus indicios. El significado simbólico del gusano está relacionado a estos sentimientos y a la envoltura del propio estómago. En realidad, su estómago había sido el electo para abrigarlo y, en cierta manera, protegerlo de la depresión, del sentimiento de incapacidad y del sentimiento de impotencia. Como un equivalente al útero materno que acoge y protege. El trastorno psicopatológico que se expresa con sintomatología digestiva está relacionado al inicio de la primera infancia donde el proceso alimentario es el eje de la vida emocional<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Franz Alexander, 1989, pág. 69.

Siguiendo con el análisis, se tornará obvia la función del estómago como el protector del sentimiento de ser pequeño y no tener el valor suficiente para tomar actitudes que le beneficien, sintiéndose culpable por ser así, estructurando a un Yo débil, frágil, impotente e incapaz. Esto quedará más claramente explicado en los relatos sobre su relación con el padre y la madre en el momento de muerte, de la separación y de los conflictos entre ellos, en dichas escenas *de la cama, del tren y de la pelea*. Denótase claramente la influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria en el origen y agravación de una enfermedad.

El niño experimenta el primer alivio del malestar físico durante la lactación, vinculando la satisfacción del hambre al sentimiento de bienestar y de seguridad. El miedo a morir por la falta del alimento permanece siendo el núcleo de la inseguridad y ulterior miedo al futuro<sup>14</sup>. Este estado de dependencia infantil puede conducir el niño al sentimiento de inferioridad y para contrarrestar engendra esfuerzos que le impelen a entrar en una agresión competitiva reaccionando con ansiedad y culpa<sup>15</sup>, que al final termina por nutrirse de orgullo, autopiedad o autoinculpación.

Desea que el niño/*gusano* se libere del envoltorio de protección - el estómago - de la madre. El estómago se asemeja a un niño pequeño y encogido, en posición fetal, denotando su deseo en volver al útero materno.

---

<sup>14</sup> Franz Alexander, 1989, pág. 69.

<sup>15</sup> *Op. cit.*, pág. 83.

Las actitudes emocionales, que estimulan la función gastrointestinal en el paciente son el hambre, la visión, el olor del alimento, el deseo de ser nutrido y el deseo de ser ayudado<sup>16</sup>. Relata sobre su *lado* responsable por características que le son productivas en la resolución de los problemas como la de ser *decidido, activo, con alto grado de iniciativa, empático, constructor de vínculos afectivos*, que utiliza sus capacidades para beneficiarse a sí mismo y a los demás, e *influencia positivamente el ambiente*. Él expone aquí claramente su Yo Ideal.

El ansia reprimida de recibir amor y seguridad moviliza las inervaciones del estómago, haciendo que los pacientes con disturbios gástricos reaccionen con dolor al estrés emocional seguido de ansiedad, inseguridad, culpa y frustración<sup>17</sup>.

El paciente desea el alimento como símbolo de afecto y de seguridad, y no para saciar una necesidad fisiológica. Hay una sensación de seguridad asociada a la saciedad. La culpa está directamente relacionada con el dolor. Entra aquí como dolor psíquico transformado en dolor físico para que tal sufrimiento sea reducido a un grado de soportabilidad.<sup>18</sup> Se puede decir que éste sería el carácter más pernicioso y negativo del sentimiento de culpabilidad. El paradigma

---

<sup>16</sup> *Op. cit.*, pág. 68.

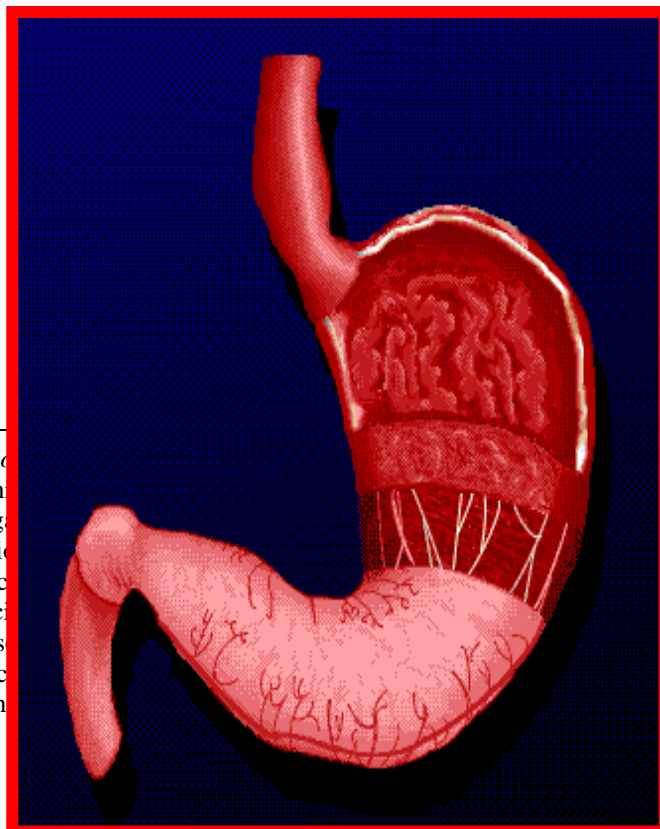
<sup>17</sup> Franz Alexander, 1989, pág. 85.

<sup>18</sup> Renato Mezan, “*Escrever a Clínica*”, 1998, pág. 68.

de que la culpa inconsciente e imaginaria influye directamente en el origen y agravación de una enfermedad psíquica u orgánica.

La enfermedad gástrica del Sr. G. (igual que la renal como veremos más adelante) es nada menos que la elaboración del dolor psíquico provocado por el sentimiento de culpabilidad. La elaboración o catarsis<sup>19</sup> de la enfermedad psicosomática produce una mudanza psíquica en la persona. Al transformar la culpa o dolor psíquico en enfermedad psicosomática o dolor físico, favorece la catarsis de este conflicto. El cuerpo enferma para auxiliar en la elaboración de la culpabilidad o apenas para expurgarla de una manera más fácil. Para el paciente este mecanismo sirve apenas como placebo porque en realidad el núcleo causal del trauma emocional no estaría resuelto y sí enmascarado. Por eso cabe a la labor analítica llegar al motivo del problema que aflige a este individuo.

19 Freud en "*Estudio sobre la histeria*" habla del procedimiento traumático, descarga emocional. Katharsis significa "purificación" o "catarsis", un procedimiento terapéutico de emociones, a un nivel consciente, les permitió liberarse de la culpa. La publicación de sus observaciones clínicas



El psicoanalista vienés Josef Breuer, a revocar la experiencia de las histerias. Katharsis en griego para referirse al descargo emocional a la superficie, esto estaban reprimidos y que Freud llamó a esto "terapia catártica" formulado en base

Fig. 1. El estómago es uno de los principales órganos del sistema digestivo y responde a la necesidad de alimento de la misma manera que a la necesidad de amor y de ayuda.

Se puede decir que la psicopatización del sentimiento de culpabilidad permite avanzar en la idea de autopunición contra los deseos incestuosos y el consecuente parricidio, aunque sea imaginario.

Háblase sobre el dolor físico empero de una manera breve porque este no es el tema central de esta tesis.

Siguiendo con el análisis, dijo que su matrimonio se veía afectado por la falta de iniciativa, de espíritu emprendedor y por frustraciones en cuanto al trabajo y las amistades. La mujer del Sr. G. fue descrita como una persona descontenta, inconforme, teniendo *siempre algo de que reclamar*. Poco comprensiva con los demás y consigo misma, constantemente culpaba a los demás por todo lo que le ocurría a ella. No era *nada objetiva*, sin *poder de iniciativa*, bastante más sociable - le gustaba mucho salir, hacer amigos - y a la vez muy descontenta con el cambio de ciudad, por estar acostumbrada a vivir con las comodidades de una metrópoli. Culpaba al marido por haber aceptado la oferta de su jefe sin ni siquiera contrarrestar. Ella intentaba estimularle a que buscara un mejor trabajo, que fuera mejor remunerado, pero él a su vez, solía *procrastinar* como le era de costumbre. La define como emprendedora y que estaba buscando modificarse a sí misma

haciendo análisis, siendo que en el período de esta labor analítica lo había dejado hacía seis meses.

El Sr. G. buscaba esquivarse de los compromisos sociales, se quejaba del trabajo, pero tampoco hacía algo que le cambiara la vida.

El sujeto fue tajante en cuanto al tratamiento: sus *mayores preocupaciones* estaban enfocadas en ser un mejor padre y superar los engorros profesionales y sociales. Creía que solucionando estos temas los demás se resolverían por sí solos. Por razón de su resistencia, fue decidido dejar la cuestión del matrimonio para un segundo momento en que sus resistencias estarían mejor trabajadas.

En la siguiente sesión, vuelve a enfocar su relato en el problema de las habilidades sociales: decía someterse a los demás reprimiéndose en sus ideas y deseos. Además de eso, se decía incapaz de hacer las cosas con tranquilidad y admitía ser muy *explosivo*, explosiones de irascibilidad que se restringían apenas al ámbito familiar. Luego relata que *por timidez tiene dificultad en expresar sus deseos o incluso de pedir algo para sí mismo, por vergüenza en asumir sus intereses*. Carece de autoconfianza y de poder de iniciativa. De carácter pudiente, dice tener *“mentalidad de empleado - soy muy bien mandado y cumplo todo lo que me piden”* pero, no cumple lo que le conviene a él en su vida privada. Denota indecisión - tarda en tomarlas -, angustia e insatisfacción.

La inseguridad se asoma y le hace *sentir el pecho comprimido en estado paralizante y la respiración se pone más difícil* – reacción de miedo. De inicio, las reacciones somáticas se manifiestan discretamente en el sujeto, asociadas a situaciones conflictivas que, con respecto a su diversidad, presentan rasgos en común.

A medida que se profundiza en el trabajo interpretativo, por defecto, se impone cada vez más la evidencia de que la somatización, sea cual sea su máscara o su forma de manifestarse, siempre se produce en una situación de modalidad relacional, cuando el sujeto enfrenta lo impensable - lo reprimido, lo novedoso -, cuya existencia amenaza toda la organización caracterial. Enfréntalo en un estado de aflicción que se llama depresión. De esa manera si la somatización se alía - como tantas otras somatizaciones - a la depresión, él se encontrará en correlación negativa con lo Imaginario.

La falta de confianza en sí mismo, enmascarada por la timidez, era consecuencia de sus miedos, su inseguridad, su sentimiento de incapacidad, su sentimiento de inferioridad, su falta de iniciativa y de su indecisión. Todo eso le hacía reaccionar de forma cómoda y racional.



Para el sujeto la aflicción vinculada al *miedo a las personas insistía en manifestarse en los momentos más inadecuados*. Temía que su *baja autoestima se quedara expuesta*, haciéndole sentirse *desamparado y rechazado*.

Su libre asociación le ayudó a observar que se posicionaba de distintas maneras en diferentes situaciones. Le resultaba difícil mostrarse como verdaderamente era o como desearía serlo. Eso me limita, me impide actuar y termino cometiendo muchos errores. Al envés de ser empático termino por ser simpático, colocándome en el lugar del otro tal cual, con el propósito de evitar el riesgo de ser rechazado. Dando secuencia a su pensamiento, le pregunté de qué manera se apercibía de que estaba cometiendo errores y muy prontamente me contestó: haciendo una imagen negativa de mí mismo como protección.

Por miedo a errar o simplemente en admitir el error, terminaba por hacer lo que querrían los demás o lo que pensaba que esperaban de él. Me siento muy inseguro por no saber qué es lo que piensan los demás respecto a mí y cuando emiten una crítica negativa sobre mi persona yo me encojo, no reacciono, no contesto y termino frustrándome. El miedo al rechazo le hacía temer a las personas.

Hablar tartamudeando significaba tocar en sus sentimientos más ocultos y exponerse al juicio de los demás. Le desagradaba profundamente que otras personas notasen sus defectos o incapacidades y por eso se ponía a hablar lo más rápidamente posible. La inseguridad de estar o no cometiendo un error le

hacia pensar que su “inferioridad” se había tornado evidente. Noto que estoy expuesto y empiezo a hundirme en la sensación de rechazo y de abandono, de estar solo, sintiéndome inseguro. Por eso cuando empiezo a tartamudear, postergo lo que iba a decir y espero el mejor momento para conocer un poco más sobre el tema, sentirme más seguro y capaz de entender mejor aquella persona - o que le entiendan a él y le acepten tal cual. Yo no soy capaz de hacer sin error, por eso lo dejo para después. Se da cuenta de que es el único responsable por esta situación, por seguir errando y no lograr hacer las cosas. Si la persona tuviera sido diferente yo me habría sentido más a gusto. La forma de responsabilizar a los demás era una manera de no asumir la responsabilidad sobre sus actitudes.

Elucidar los conceptos sobre el Ideal del Yo y Yo Real, utilizándome en principio del lenguaje propio del paciente, a fin de puntualizar la diferencia entre “ser” y “estar”, a mí me pareció de substancial importancia ya que el sujeto pasaba por una confusión entre quién era en realidad y quién le gustaría ser. O en otras palabras le estaba siendo difícil poner en práctica la persona real, sin las máscaras.

Esclarece que el Sr. G. que “es”, representa un Yo *despreocupado, seguro, con poder de iniciativa, que sabe hacer amigos, expresar sentimientos, es activo y bastante afectivo*. Le indago si le parece posible describirme cómo “está” el Sr. G. para

aclarar sobre su Yo Real<sup>20</sup>. El Yo Real y el Yo Ideal, son inherentes a lo que se refiere al Sr. G. que “está” y al Sr. G. que “es”: *yo “estoy” inseguro, lleno de temores, generalmente encogido, difícil de sonreír con naturalidad, lleno de preocupaciones, hábil procrastinador*<sup>21</sup>. Le pregunté si tenía claro qué es lo que deseaba y me contestó: *deseo que el Sr. G. que “es” aparezca y tome cuenta de su espacio porque tiene mucho que hacer. ¿Aparezca cómo? Siendo más asertivo, siendo él mismo, auténtico. ¿Perdiste tú la autenticidad? Sí, noto que el G. que “es” está subyugado por el G. que “está”*. Sus reacciones estaban de acuerdo a como él se apercibía a sí mismo y no a como era realmente.

Así, pues, según Freud, “los conflictos entre el Yo y el Ideal reflejan, pues, en último termino, la antítesis de lo real y lo psíquico del mundo exterior y el interior.”<sup>22</sup>

El Yo Ideal<sup>23</sup> es aquél que enfrenta las situaciones sin tartamudear u ocultarse detrás de intelectualizaciones o racionalizaciones. Piensa en conseguir que el Yo Ideal tome su puesto, trayéndolo para el consciente, quitándose *las máscaras, etiquetas, creencias y reconstruyendo el conjunto de valores: igual a cortar una*

---

<sup>20</sup> El Yo Real en realidad es Imaginario: si aparece desvalorizado es porque no alcanza la perfección de su objeto de identificación, como el que debería ser. En relación a este Yo Imaginario cabe tanto la sensación de euforia por defensa maníaca (éxito de la identificación) como la depresión más absoluta (fracaso de la identificación).

<sup>21</sup> El paciente tenía como costumbre aplazar, postergar, a fin de evitar el sentimiento de culpa. Dostoyevski estaba acostumbrado a abandonar obras antes iniciadas, algunas se quedaban apenas en los planes. Muchas de sus obras fueron escritas bajo un sufrimiento miserable. Así como el ilustre autor, el paciente Sr. G. iniciaba determinadas cosas y no las concluía, protelaba a fin de enmascarar e intentar evitar el sentimiento de abandono y rechazo por el posible fracaso.

<sup>22</sup> S. Freud, “*El yo y el ello*”, Tomo III, *El yo y el superyo* (Ideal del Yo), pág. 20.

<sup>23</sup> Dentro de la terminología psicoanalítica el Yo Ideal es lo que él “debe” ser, una idealización, imaginario, no real, una identificación primaria con otro individuo, que no está al alcance de la realidad, eso es, está más allá de la realidad - de lo que podría ser, es un ideal narcísico omnipotente.

*planta, si cortas en determinado lugar irá a estimularle el crecimiento, por lo tanto hay que acertar el lugar correcto que posea la fuerza para crecer*<sup>24</sup>.

La forma de reconstruir sus valores y libertarse de las máscaras del G. que “está” era conociendo bien al G. en las dos versiones; sabiendo qué es lo que ellos podrían tener en común, conociendo sus dificultades y solucionándolas, porque los dos son diferentes. Buscar identificar un camino para aproximar uno al otro, haciendo que a uno le guste el otro, tener más puntos de contacto uno con el otro para que ocurriera el cambio. Reconstruir su conjunto de valores eso es, reestructurar las creencias que tenía como: “soy tímido”, “no hablo con extraños”, “soy regordete”, “soy perezoso”, “tengo que ser perfecto”, “no se puede errar”, “errar es malo”. Decide que él y su familia merecían mejorar. Ahora sí lo sé que utilizo de mi inteligencia como compensación para proteger lo emocional a través de la racionalización.

Dando seguimiento a su libre asociación me pareció concerniente hacerle la siguiente pregunta: ¿Cómo te sientes estipulándote eso? *Miedo a no ser aceptado por las personas, miedo de errar. Esa es la razón por la que procuro no estar emocionalmente comprometido. Tengo miedo al desgaste emocional, a prepararme para algo y no conseguirlo. Cuando no lo consigue identifica un sentimiento de total*

---

<sup>24</sup> Cuando digo “Yo Ideal” me refiero al Yo que el paciente posee, pero que no puede acceder a él. Aquel que enfrenta las situaciones, que tiene condiciones para esto, pero que por “algún motivo” no logra hacerlo. Este “motivo” es la causa: en este caso la culpa, que bloquea, que le impide. El Yo Ideal – en el concepto mencionado anteriormente – es la auténtica máscara. El Yo Ideal como creación imaginaria: el sujeto crea una idealización con la finalidad de encubrir, enmascarar su verdadera condición. Él se impone el “como debo ser” para huir de la responsabilidad de mirarse a sí mismo y ver que lo que tiene allí no es nada de lo que imagina como ideal. Si idealizo, vivo en el “sueño” de que un día puedo ser así sin hacer esfuerzo, vivo

*incapacidad. Igual de incapaz se sentía al enfrentar a su padre, y complementa: cuando me preparaba para enfrentar a mi padre, me ponía en el compromiso de acertar. Eso jamas se concretó porque me era imposible.* El miedo al rechazo y al error, le compelia a no comprometerse emocionalmente con su mujer, tampoco con su hijo o amigos y mucho menos consigo mismo.

Se apercibe de que un niño tenía menos fuerza física que un adulto, aunque se prepare mental o emocionalmente para ello. Frente a la imposibilidad de enfrentar al adulto en las mismas condiciones, se frustraba reforzando así su sentimiento de incapacidad. Tal sentimiento alejaba al Yo Real del Yo Ideal, resultando así más fuerte y poderosa la identidad Ideal que la Real, que queda reducida a la impotencia por su imposibilidad para alcanzar la identidad con el Yo Ideal. Eso le hacía coligar los sentimientos de incapacidad, de inferioridad e inclusive de impotencia con lo que denominaba *creencias negativas* y concluye que lo que deseaba realmente era *reafirmar* a sí mismo lo contrario y, como si estuviera mirándose frente a un espejo dijo: *yo consigo, yo soy capaz, soy seguro.*

Le es intrínseca la siguiente creencia – entendimiento que se podría utilizar con respecto a Dostoyevski: “si no soy amado, entonces soy rechazado”, y a su vez para no desorganizar la psique “yo me protejo a mí siendo y demostrando inteligencia”; “utilizo la inteligencia para sentirme amado, valorado,

---

un Yo Ideal, me alimento de la posibilidad de que el sueño un día se tornará realidad y, si ya tengo este ideal en el imaginario, ¿para qué esforzarme y quizás hacerme daño para cambiar, para tornar esto realidad?

seguro y lograr vencer a los miedos” – miedo a la pérdida y al abandono. Estos miedos le hacían sentirse incapaz de hacer algo que le favoreciera, incapaz de tener algo en su propio Yo suficientemente bueno para merecer el amor de los demás. Por consiguiente, el sentimiento de incapacidad proveniente de los miedos alimenta la creencia: “yo no consigo”, puesto que *tengo miedo de errar*. El sujeto pasa a posponer para darse tiempo a racionalizar facilitando el proceso de intelectualización y, por defecto, hace hincapié: si “me hago inteligente” inevitablemente “seré amado”. De esta manera el Yo Ideal reprimía o *encogía* al Yo Real. El G. que llega a esa conclusión es el G. que “está” y que inmoviliza y *encoge* al G. que “es”. Se trata aquí de una cualidad “ser inteligente” del Yo Ideal, imprescindible para el Yo si quiere ser amado. Probablemente es una cualidad alentada en él por la madre –y/o esposa-, y/o admirada –amada- en el padre por la madre: “si soy inteligente, será amado”. Por eso siente esta cualidad como una imposición –del Yo Ideal<sup>25</sup>.

La insistencia del sujeto en metaforizar impele a descifrar “lo enigmático” haciéndole pasar por el proceso de concienciación. El G. que “está” simboliza el sujeto acometido por las defensas maníacas, que le hacen diferente del sujeto real, exento de neurosis. Había hecho un esfuerzo para intensificar su inteligencia y aun así, no se sentía querido por los demás.

---

<sup>25</sup> El “yo que está”, que está actuando como agente de la enfermedad, es el Yo Ideal, es la identidad imaginaria arcaica que está sojuzgando o persiguiendo al Yo Actual. El “yo que es” es el auténtico; el

Para vencer sus muchos miedos - miedo a las personas, de sí mismo, al rechazo, al abandono, a ser un mal padre - el sujeto dijo que disponía de recursos tornados conscientes por medio del análisis. El sujeto los relató así: *yo me tengo a mí mismo y una buena dosis de coraje proporcionándome mayor disposición para enfrentar los cambios, tengo noción de lo que quiero, inteligencia, razonable noción de dónde partir y deseo de mudanza. Yo tengo a mi favor la honestidad, la conducta de no infringir los derechos de los demás, dignidad, ser correcto, adecuado y decente. Consideraba su humor instable un obstáculo a ser superado con coherencia y firmeza de actitudes y propósitos.*

Analizándose de otra manera la neurosis - el G. que “está” - reprime (*encoge*) al G. que “es” -, disminuyendo la imagen que el sujeto tenía de sí mismo, haciéndole *no responder a las situaciones adecuadamente*, dejándose influenciar por la situación, por el sentimiento de incapacidad y rechazo, y así *protegerse, defenderse y racionalizar*. El Sr. G. rebaja sus expectativas de éxito, porque siente que las expectativas Ideales no puede cumplirlas. Es un “perdedor” porque necesita perder frente al padre. El G. que “es” es el que está de hecho encogido y sojuzgado, porque representa su esencia, utilizándose del pensamiento de Kierkegaard, es decir, su Yo verdadero, sin mascarar, sin enfermedades. Ya el G. que “está” es consecuencia de la represión, de la enfermedad, de su neurosis. El G. que “es” representa el sujeto sano, dicho “normal”, sin las neurosis. Es el Yo

---

realistay actualen términos kierkegaardianos, es el sí mismo, el que debería llegar a tomar las riendas.

dispuesto a cambiar. El G. que “está” es el sujeto con neurosis, enfermo. Es el Yo resistente. Analizándose al G. que “debería ser”, encoge tanto al G. que “es” como al G. que “está”. Este es el Yo imaginario.

Hablar de su dificultad en *responder adecuadamente* le hizo asociar a la conmoción desagradable que le suele provocar involuntariamente la risa haciéndole sentirse *vulnerable, demasiado sensible*, por eso le es tan difícil reír. Reírse, ser espontáneo, auténtico, exponer sus emociones le resultaba incómodo y le representaba debilidad, fragilidad, *dejar de ser duro, inconmovible*. Yo siento cosquillas con mucha facilidad y lo evito al máximo. Para resolver provisoriamente este problema, el sujeto optaba por reprimir los sentimientos, *guardándolos* para sí.

Cuándo niño, el Sr. G. recibía múltiples mensajes enviados por sus padres ejerciendo un efecto pernicioso en la autoestima. Interacciones que interfirieron directamente en la formación del respeto y de la confianza en sí mismo.

Después de esta dichosa exposición, preguntarle cómo el conocer a estos dos *lados* podría cambiar su vida me pareció contributivo: *teniendo más tranquilidad, aprovechando el momento presente, siendo más productivo en el trabajo, teniendo realización, seguridad, sintiéndose útil, más libre para actuar, sentir y expresarse. Siendo más alegre, dinámico, ponderado, responsable*. Para empezar a conquistar sus deseos decidió *encarar de frente a los núcleos* – las causas directas de



los problemas y no los síntomas -, *conociendo las dos partes y aproximándolas, como también tomando actitudes, aunque pequeñas, que me valoren y cultiven mi autoestima.*

Huérfano de padre a los 5 años, es el hijo menor de una prole de tres y el único varón. Es interesante observar que, justo cuando su hijo alcanza la edad correspondiente, sus problemas empiezan a tornarse conscientes, seguramente por eso veía al hijo como su *desafío*.

Relata que la muerte del padre fue consecuencia de una enfermedad cardíaca que le llevó a un infarto a los 35 años, ocurrido durante un viaje que hizo al servicio de la empresa donde trabajaba. Se hace concerniente emitir un comentario sobre la coincidente edad del sujeto con la edad en que se muere el padre: relata que hace poco más de dos años viene sintiéndose cada día peor, más introspectivo todavía y con bastantes dificultades en su trabajo y en su relación con el propio hijo. Alega recordar poco sobre el padre y lo recuerda siempre enfadado con él y discutiendo con la madre.

Empezó la siguiente sesión comentando que le habían invitado a un velatorio de un familiar, un tío, y se encontraba muy fastidiado, irritado, inclusive con mucha rabia. La muerte provoca en el individuo ansiedad, depresión e ira. Explicó que sobre el tema muerte no le apetecía ni pensárselo<sup>26</sup>; tenía *pavor a velatorios*, se ponía irritado toda vez que *le invitaban a uno* y que al final nunca

comparecía. Así lo había hecho en ese día: no compareció al evento. Añade que toda vez que se pone airado siente un *aprieto* y un dolor en el estómago. Este episodio nos remite a Dostoyevski, que igualmente al Sr. G., se sentía avasallado por el miedo a la muerte.

Es sabido que la rabia intensa o el miedo tienen una función inhibitoria sobre las funciones del tracto alimentario y sobre la secreción del estómago<sup>26</sup>. Dijo de manera bastante enfadada y malhumorada: *a esas horas debería estar en el funeral, pero no me importa lo más mínimo porque no voy y ya está*. La noticia de la muerte y principalmente la invitación al velatorio movilizó su propio miedo a la muerte, miedo que se transformó en subsiguiente miedo a la vida. Reveló que cuando niño tenía la idea de que *no iba pasar de los cuarenta años* – edad aproximada del padre muerto. Este incidente posibilitó que el inconsciente facilitara al consciente la rememoración de un episodio ocurrido en su infancia, llave para que suscitase el contenido mnemónico que reprimiera el trauma de sus conflictos: seguido la muerte del padre, se quedó una semana enfermo, sin salir de la cama. Hasta este momento del tratamiento, era lo único que podía recordar con respecto a ese tema. Dijo no saber muy bien qué es lo que le pasó en ese período de su niñez, pero cree que fue consecuencia del choque por la noticia de la muerte de su progenitor.

---

<sup>26</sup> No acepta su propia muerte, su derrota ante el padre (castración).

<sup>27</sup> Franz Alexander, 1989, pág. 68.

El paciente del Caso Clínico rechazaba completamente cualquier ritual funerario llegando incluso a considerarse escéptico, para mantener lejos de la conciencia la más remota posibilidad de remordimiento por culpa moral, como un elemento más a recalcar en su sufrimiento por haber cometido tan ignominioso crimen. Esto nos recuerda a Dostoyevski - al contrario del Sr. G. - y su venerabilidad religiosa: los ensañamientos bíblicos hicieron parte de su formación desde niño, sensibilizándole a punto de ponerse a llorar toda vez que escuchaba la lectura del Libro de Job. De la misma manera Freud, al pasar en frente al cementerio, tiene un desmayo recordándose del padre. Esto nos muestra la diversidad de reacciones de un niño frente a las enseñanzas de los padres y, también la individualidad en la reacción de uno sobre la muerte.

Hasta el momento del tratamiento G. no se da cuenta de su sentimiento de culpabilidad. Alega no recordar muchas más cosas del padre, refiriéndose a él como un hombre muy bondadoso, esforzado, trabajador, generoso y que sólo hizo ayudar y amparar a la familia, absteniéndose totalmente de cualquier observación que lo llevara a desvelar las faltas del padre.

Prosiguiendo con el análisis se reconoce que el padre del Sr. G., del que de inicio tenía apenas recuerdos positivos, era una persona austera, autoritaria, de muy malhumor, que frecuentemente se ponía enfadado con el hijo y con su esposa, poniéndose a discutir con ellos y muchas veces a golpearles. Se nota claramente en este momento del análisis que el sujeto hace consciente el otro lado de la personalidad del padre, facilitándole la comprensión y consciencia de

su sentimiento de culpabilidad, hasta entonces encubierto y enmascarado. Iníciase por lo tanto, el proceso de tornar consciente el sentimiento de culpabilidad inconsciente que en el desarrollar del análisis clarificará su papel en lo Imaginario.

Está claro que el motivo por el cual el paciente se tornó un hábil protelador, era el de aplazar el sufrimiento de una posible pérdida tal y como se le pasó con el “abandono” del padre y evitar el sentimiento de culpabilidad. Terminó por temer cualquier tipo de pérdida.

Elucidamos que sus miedos, indecisiones, inseguridades, incapacidad, falta de iniciativa y su complejo de inferioridad estaban intrínsecamente vinculados a un trauma de infancia relacionado a la muerte del padre, anticipándole que su falta de autoridad para con el hijo era proveniente de su actitud para con su propio padre y viceversa.

En su niñez mantenía un comportamiento esquizoide, con dificultad en aproximarse y hablar a las personas. Se mantenía lejos por creer que los demás niños eran más fuertes, superiores y que en comparándose con ellos era pequeño, flaco, débil, no teniendo coraje de manifestar sus gustos. Dijo que *en el cole*, le surgió una necesidad y, a la vez, una dificultad en mantenerse el primero de la clase. Era muy estudioso, *pero siempre había uno que me pasaba delante, como si yo no pudiera ser el primero de la clase nunca*. Obviamente que este *uno* era el padre, con cuya muerte no pudo realizar el deseo de sustituirlo al lado de la madre, porque la

culpa le impidió de hacerlo. No se puede decir que “venció” el padre porque al sentirse culpado, no se permitió sustituirlo. Lo que no pudo hacer fue “vencerle” justo cuando lo necesitaba: a los 5 años.

Los padres discutían mucho, tenían ideas diversas sobre casi todo. El padre, a la menor señal de rebeldía inmediatamente ponía a su hijo algún castigo: quedarse sentado en una silla, de cara hacia la pared, sin poder hablar ni poder salir durante horas y horas. Eso se repetía, por ejemplo, siempre que el niño deseaba salir a jugar con los niños en la calle o cuando se recusaba a comer lo que le ponían en la mesa a la hora de la comida. La madre<sup>28</sup> nada hacía para impedírselo al padre, apenas se acercaba al niño y le decía al oído que se quedara callado, quieto, que no se rebelara contra el padre y que hiciera lo que le mandara, mientras le daba un beso en la mejilla y decía quererle mucho. Esa reacción del niño coincide con la queja inicial del sujeto cuando dice no conseguir manifestar sus deseos y dar continuidad a las relaciones de amistad.

---

<sup>28</sup> A la madre del Sr. G., igual que a la madre de Dostoyevski, se pasaron experiencias dolorosas llevadas por comportamientos masoquistas. El compañero de un manipulador está siempre en actitud de defensa, pues en el momento en que hace o dice algo que esté en desacuerdo con el otro, recibirá críticas y acusaciones. Las discusiones sin fin terminan haciendo del manipulador el verdugo del otro, resultándole en sentimientos de culpa. Así, aprende que la única salida es permanecer callado, tolerando, abriendo mano de sí mismo y adaptándose al otro. Esto da más fuerza al manipulador que tiene su comportamiento reforzado. Cuanto más habilidoso como manipulador, más atrae personas incapaces de reaccionar. Aquél que no entra en el juego es descartado del círculo de relaciones. De esta manera, el manipulador se habitúa a ser obedecido por quien se le acerca, lo que hace que las relaciones se mantengan. Puede que el otro se de cuenta del alto precio que está pagando por la manutención de la unión y se decida que ya no se quedará como “rehén” del otro, pasando a demostrar descontentamiento con las actitudes controladoras de ella; impone condiciones y límites; exige respeto y quiere de vuelta su libertad. Es un momento peligroso para la unión y, en la mejor de las hipótesis, el manipulador al encontrar quién lo enfrente y desenmascare, nota que si continuar actuando así, perderá el otro y estará siempre acompañado de personas sin valor.

Recuerda al abuelo en ese momento: pasada la muerte del padre *el abuelo materno asume el papel del padre*, quedándose ciego tres años más tarde cuando G. se encontraba ya con ocho años. El abuelo materno era una persona inflexible, dura, avariciosa, rígida - *las cosas tenían que ser a su manera* - celoso, desconfiado, inseguro, *colérico, no afectivo*. Hablando sobre el abuelo, G. lleva a la consciencia que pasado un año de la muerte del padre, se muere también el abuelo paterno. En la vida de este sujeto asoman muchas pérdidas y duelos. Es importante observar que el sujeto ya tiene mayor facilidad para hablar conscientemente de los aspectos negativos de sus familiares y de sí mismo.

Con la muerte del padre, según nos relata G., la madre pasó a vivir enteramente para los hijos. La madre, profesora jubilada, había muerto hacía 5 años de leucemia; en la época contaba G. con 32 años. Obsérvase que los hechos volvieron a suceder en torno a la misma edad: es la edad que se muere el padre, en que el Sr. G. empieza su análisis, en que teme su propia muerte, cuando la madre que se hizo viuda.

Es de sustancial importancia notar que al principio del tratamiento, se refería a la madre como a una *santa* - como Dostoyevski -, que había *logrado superar las dificultades en haberse hecho viuda con apenas 34 años y en criar ella sola a tres hijos*.

El sujeto casi no se refería a las hermanas, y las pocas veces que lo hacía las ponía bien: de la hermana mayor decía ser diferente en comparándose

con ella, puesto que era más abierta, aprovechaba mucho más la vida, tenía muchos amigos y hacía lo que le apetecía. De la otra hermana decía ser parecida a él, *llena de miedos, acomodada, sin iniciativa* y que mantenía un buen vínculo con ella.

La imagen internalizada de la madre y del padre era de personas victimadas por el azar, *muy buena gente, que nunca habían hecho mal a nadie y siempre habían tratado bien a los hijos*. Más adelante se podrá observar que esa postura ayúdale a mantenerse en el papel de inhumano y culpable.

En una nueva sesión el Sr. G. empieza haciendo un análisis de sí mismo diciéndose recio, inflexible, incapaz de un acto de ternura y eso le arrastraba a momentos de profunda melancolía. Esa actitud la tenía para con su mujer, su hijo, sus hermanas y amigos, concluyendo que de ahí partía su dificultad en relacionarse.

Al principio del tratamiento el Sr. G. se decía no comprender de dónde podrían partir los motivos que lo llevaban a tener tan grandes dificultades en relacionarse con los demás, ya que en principio era una persona *tímida pero sociable*.

El sujeto tuvo un insight, al darse cuenta de que estaba repitiendo el mismo comportamiento del padre con su propio hijo, anteriormente por él desaprobado. Ese insight también trajo a la superficie el sentimiento de odio ha mucho reprimido: *darme cuenta del resentimiento que sentía por mi padre me hizo ver*

*que repitiendo sus actitudes, podría estar creando en mi hijo el mismo sentimiento y perjudicarlo con eso. Yo estaba haciendo con mi hijo lo que mi padre me hacía a mí. Inmediatamente el sujeto racionaliza diciendo que tampoco los castigos que el padre le daba eran tan enérgicos para haberle dejado traumatizado.*

*Denotaba ganas de hacer algo que le cambiara la vida, pero notaba también que algo le frenaba impidiéndole que no lo hiciera. “Es difícil sentirme propiamente una persona adulta y paréceme que esto tiene algo que ver con las peleas, con la escena que se me quedó grabada en la mente de la última pelea entre mis padres”. Declaró que siempre se había sentido incapaz de evitar esas peleas.*

El diálogo analítico con el paciente nos llevó a saber que él no tenía ganas de tornarse adulto para no ser igual al padre, tanto que empezó la graduación en arquitectura y la interrumpió. El mismo diálogo le hace alegar que no deseaba tener hijos por miedo a crecer, miedo a tomar las mismas actitudes que el padre y que su hijo viniera a sufrir todo aquello que le había sucedido a él.

El sujeto seguía utilizando todas sus fuerzas internas para oponerse a los procedimientos y procesos del análisis que le impedían la asociación libre y bloqueaban sus tentativas de recordar, obtener y asimilar la comprensión interna, esto es, una resistencia que actuaba en contra de su Yo racional resultándole en oposición a su deseo de mudanza. Sus resistencias aparecerán en una variedad de maneras complejas y sutiles en combinaciones o formas mezcladas.



Empezó una sesión hablando de una frustración en el trabajo, por no haber tenido coraje de arriesgarse a exponer a su jefe su interés en un cargo de responsabilidad disponible y que uno de sus colegas, *más astuto, pasó al frente* ofreciéndose para el puesto. No puede pedirle nada al padre, a su jefe tampoco. Está esperando a que el jefe se de cuenta de lo que vale, de lo que le corresponde. También vio muy mal la competencia entre iguales: compañeros. No puede arriesgarse a jugar para no perder. Él nunca ha perdido y no podría soportarlo. (como esos niños que no juegan al fútbol, porque no pueden arriesgarse a perder lo que creen tener). El que ha perdido arriesga: no tiene nada que perder. El que cree tenerlo todo ya, para qué va a arriesgar?

Comenzó otra vez a parafrasear una nueva metáfora, que se notaba claramente un miedo a arriesgarse y un miedo a lo nuevo, como si estuviera en *un lugar cerrado, oscuro, muy poco iluminado, con pocas aperturas, dos ventanas pequeñas, cuadradas, cerradas, enrejadas, una puerta pesada de hierro cerrada*. Otra vez más la simbolización del Yo Real ligado al “sentirse atado” y “encogido”. La oscuridad representando el misterioso e incógnito inconsciente brillantemente dilucidado en la película “Freud”<sup>29</sup> en el pasaje de Meynert hablándole a Freud sobre la oscuridad de las memorias reprimidas.

---

<sup>29</sup> En la película *Freud*, cuando Freud empieza a desvelar los misterios de la mente humana a través de la hipnosis es desilusionado por Meynert que le dice: “*es mejor dejar los escorpiones en lo oscuro*”, significando que Freud debería dejar en la “oscuridad” las memorias que habían sido reprimidas en el inconsciente para no “deshonrar” *ni al padre ni a la madre*. Eso nos reporta al Complejo de Edipo ilustrado en la película con el caso del “hijo del coronel”. Con ese paciente Freud se depara con el fenómeno central

Me pareció prudente dejarle traer a la consciencia sus angustias y temores inconscientes por intermedio de ese simbolismo que a él le parecía el camino más seguro.

Sigue su narración diciendo parecerle estar dentro de un lugar cerrado sintiéndose *preso, pero seguro* y por esta razón no intentaba salir. *Es cómodo, grande, espacioso pero vacío. Hay una iluminación que viene por debajo de la puerta.* La luz tiene el significado de un alimento, *algo energético, pero en pequeña dosis.* Para dilucidar este tema pregunté al paciente *¿qué es lo que significaba energético para él? Energético por proporcionarme fuerzas para proseguir, inclusive sentirme tranquilo, como si llenara un vacío que me hacía sentir solo, con miedo.* Sin darse cuenta el paciente hizo alusión al significado que enmascaraba su trastorno alimentario, la obesidad: *comía para llenar el vacío del miedo a la soledad y por la falta de afecto.*

Preguntado qué es lo que hacía allí, contestó estar allí para asistir a cosas que le sucedían en el presente y que le habían ocurrido en el pasado. Dijo *que veía todo solamente por la ventana, sin salir porque no tenía la facultad para intervenir, dejándose llevar por las cosas que le ocurrían, no saliendo de allí.*

---

del temprano período sexual infantil y con sentimientos contratransferenciales. Freud parece "asustarse" con lo que ve y abandona la hipnosis, volviéndose otra vez al estudio de la neurología. En el momento en que Meynert se ve próximo a la muerte, finalmente libera a Freud del estigma de "charlatán" diciéndole que siguiera adelante en sus estudios para desvelar el inconsciente diciéndole: *"ve al corazón de la oscuridad"*. Freud se siente otra vez motivado a seguir adelante en sus estudios.

También percibiendo las cosas buenas manifestó deseo en permanecer donde estaba porque no sabía si salir le sería seguro.

El paciente deja bastante claro su movimiento psíquico: prefiere la seguridad del inconsciente y la comodidad de las limitaciones del consciente asegurado por los mecanismos de defensa, que le permiten quedar protegido del trauma y defendido también por lo Imaginario. Se sentía más seguro en mantenerse en lo Imaginario mismo que lo dañaba indirectamente, a enfrentar la realidad desconocida.

Lo traumático que fue para el Sr. G. el carácter repentino de la muerte de su padre fue simbolizado por él durante varias sesiones.

Considerando esta situación de resistencia, me adhiero a su metáfora y le sugiero que “entre en una caja de hierro con ventanas gruesas de vidrio, muy seguro”, con el propósito de conocer más sobre lo que tanto le amedrentaba, y cómo reaccionaba frente a sus defensas. Lo acepta y “dirígese a la parte en que hay las ventanas de vidrio” donde le sería posible saber lo que pasaba “fuera”, sin salir de su seguridad. Comenta que “el sitio” que se pone a mirar le parece instigante, desafiador, provocante. *Hay mucha gente haciendo miles de cosas diferentes – me dijo – como escenarios urbanos y por otro lado, un escenario de una naturaleza muy tranquila. Las dos escenas tienen elementos desafiadores. Hay cosas buenas y malas en los dos. Mirando por un ángulo mas abierto las cosas malas se quedan en una única composición.*

Antes, cuando miraba apenas por una grieta todo le parecía malo. Se sentía tranquilo y seguro tanto por haberse quedado *asistiendo a todo desde lejos* como también sintiéndose *siendo parte de las cosas*.

Había algo que le impedía hacer parte de todo eso: el miedo. *Me dispara la boca del estómago*. Obsérvase otra vez la psicopatización del órgano digestivo. *Tengo miedo de errar, es un miedo indefinido*. Es importante señalar la forma como el niño expresó su dolor latente: transformar imaginariamente al miedo que insistía en mantenerse indefinido en un objeto y hacerlo “sujetar con sus propias manos”, le ayudó en la “materialidad” del miedo para poder vencerlo: el miedo indefinido transformado en objeto desprovisto del significado real consciente, era algo que concretamente el paciente podría “ver”, soportar, no exponiéndose a dudas e incertidumbres. Bajarle las resistencias y hacer consciente al inconsciente le permitió tener al miedo bajo control, disminuyéndole la ansiedad.

Dando continuidad a su elaboración metafórica, el sujeto transforma el miedo en una bola negra. Imagina que en la caja en que se encuentra hay varios dispositivos que puede accionar. Uno que se parecía a una bandeja lo utilizó para colocar la bola encima. Existía un botón al lado izquierdo que disparaba un láser y otro igual al lado derecho. Disparó los dos a la vez y la bola negra se deshizo completamente, quedando partículas de luz esparcidas en el aire. Estas partículas le penetraron en el cuerpo y a mí me pareció conveniente preguntarle cómo se estaba sintiendo en el

momento, pasado todo eso. Contesta que se encontraba *mucho más dispuesto* y *todavía sin coraje para salir*. Dijo que *trozos de la bola negra se habían quedado en el suelo*; le pregunté qué es lo que le gustaría hacer y dijo que repetiría la operación del láser otra vez más. Así lo hizo. A continuación alega estar sintiéndose bien, libre de los miedos y de la inseguridad. Imagínase envuelto por *una luz de protección azulada* que le daría seguridad, fuerza, confianza, coraje y tranquilidad. Inmediatamente acciona un *dispositivo* que le *abre la puerta* y decide salir para conocerlo todo y con eso dijo pasar a sentirse bien y confiado. Ese trabajo empieza a “abrir” – utilizando la expresión del propio paciente - el problema que somatiza en los riñones y el dolor lumbar: el sentimiento de culpabilidad.

A la simbología del azul generalmente se asocia el significado de calma y tranquilidad y, al simbolismo de la luz el tornar consciente lo que antes era oscuro o inconsciente.

Para este trabajo analítico se tomó como punto de partida profundizar en los temas relacionados a la figura paterna y materna, por su relación edipiana. Hablaba de la madre con entusiasmo y del padre de forma comedida, como si quisiera defenderse, para ocultar algo.

Nos cuenta el Sr. G. sobre la última pelea entre sus padres: dijo que cierta vez, el padre estaba agrediendo a golpes a la madre *como era de costumbre*. El niño llorando y gritando, se pone frente a la madre y como un escudo protector la

defiende del padre utilizando su propio cuerpo, que al final termina igualmente herido. El padre sale de casa mientras la madre se abraza fuertemente al hijo y sucumbe en llantos espasmódicos diciéndole: “hijo querido, mamá está bien, no te preocupes. Eres la razón de mi vida ... te quiero mucho”. La madre seduce al hijo, para que éste se quede a su favor y para compensar la falta de cariño del marido. Concomitantemente el amor y el odio afloran en el corazón del Sr. G. El amor desmesurado por la madre acentúa el odio que tenía por el padre. Al día siguiente todo volvía a su “normalidad”, eso es, la pareja se trataba como si nada hubiera ocurrido. Así como Dostoyevski, y parafraseando Freud, el Sr. G. tiene el odio como “compañero inesperado y constante del amor”, consecuencia de los mensajes de doble sentido enviados a todo momento por los padres, ocasionando desorientación y culpa.

El placer en provocar dolor en el otro<sup>30</sup> hace de los padres del Sr. G. y de Dostoyevski, el prototipo del sadismo. Ellos mantuvieron con sus respectivas mujeres actitudes de verdadero egoísmo, venganzas, perversiones, y agresiones. Son personas que terminan haciendo al otro lo que temen que les hagan a ellos.

---

30 El sadismo, derivado del nombre del Marqués de Sade que escribió novelas escandalosas en el siglo XVIII (como *Justine*, 1791) sobre personas que experimentaban placer sexual infligiendo dolor a los demás, es el deseo de causar dolor a los demás abusando sexualmente, o física y psicológicamente de ellos. Freud creía que los sádicos se protegían de la ansiedad de castración, y eran capaces de conseguir placer sexual sólo cuando pueden hacerle a los demás lo que ellos temen que les hagan. A estos les gusta humillar a la gente delante de otras personas, y normalmente tratan de una forma inusualmente dura a los demás. Véase en Kaplan, “*Sinopsis de Psiquiatría*”, 1995, pág. 767.

Analizando a los padres de Dostoyevski y del Sr. G., donde el tema sobre la muerte estuvo presente desde principios de la vida a través de los deseos inconscientes, me llevó a rememorar a Freud como complemento paradigmático: *“para el Yo, el síntoma de la muerte es la satisfacción imaginativa del deseo masculino y al mismo tiempo una satisfacción masoquista. Para el Super-Yo es una satisfacción del impulso punitivo, o sea, una satisfacción sádica. Ambos, el Yo y el Super-Yo, siguen desempeñando el papel del padre.”*<sup>31</sup>

La niñez del Sr. G. se asemeja a la de Dostoyevski empezando por los malos tratos a la madre: de la misma manera se ponía a oír las aflicciones y sufrimientos de la madre ante los que, ora intervenía intentando defenderla, ora se escondía en medio de los cobertores y sábanas. Dostoyevski tuvo una niñez sombría vivida dentro del Hospital donde trabajaba su padre, escuchando de la habitación donde dormía a las palizas hediondas que el padre daba a la madre.

Se podría considerar la culpa que le puede producir a un hijo varón el que la función masculina que encuentra en la estructura familiar sea una función absolutamente degradada, desvalorizada, deteriorada. Podría surgir entonces la cuestión sobre si no llegaría a sentir culpa, sencillamente por el hecho de ser varón también él. Si es así, él se encontraría entonces en muy mala situación para salir del complejo Edípico clásico, porque no podría renunciar a la madre para identificarse con una función masculina valiosa (que debería ser vivida como valiosa por la madre). Las niñas por su parte, en el mismo caso, es probable que

---

<sup>31</sup> Freud, *“Dostoyevski y el parricidio”*.

también encuentren difícil salir de la primera relación de dependencia e identificación con una madre omnipotente, y que encuentren muchas dificultades en establecer buenas relaciones de pareja.

Es importante entender el deseo de la madre, para que el niño pueda percibir en ella la falta. Si la madre no desea al padre (sea por su propia dificultad para vivir ella misma la falta, el deseo del otro sexo, como, aunque en menor medida, porque el padre sea un “indeseable”) es muy difícil que el niño acepte la “falta” en la madre y construya adecuadamente la diferencia sexual. Si la identidad del niño se construye mediante la identificación con ese todo-objeto, u objeto total, sufrirá toda la vida la culpa por no ser él mismo total, absolutamente todo, y su relación con el “otro sexo” será más identificatoria, imaginaria, que erótica.

Elucidando estas posibles cuestiones sobre el caso, diría que, cuando rechazaba al padre, la madre se volvía enteramente al hijo, haciéndole sentir como el sustituto del padre, amado y valorado, y a la vez, enaltecendo su condición de varón – él sí era un *hombre bueno*, o el niño bueno, porque terminaba haciendo todo lo que la madre quería. Como consecuencia, el niño queda protegido de esta supuesta idea de inversión sexual. Claro está que el Sr. G. fue víctima del comportamiento manipulador y controlador de la madre<sup>32</sup>, que le hizo tener

---

<sup>32</sup> Es realmente intrigante la similitud entre las esposas de los dos “personajes” - Dostoyevski y Sr. G. - que poseen rasgos de personalidad similares.



secuelas abrumadoras en su relación con las mujeres. Ella creía poseer el dominio sobre lo imponderable, para sentirse más segura. Cuanta más inseguridad sentía la madre, mayor era la necesidad de manipulación. La madre se valía desde aparatosas crisis histéricas hasta discretos pero eficientes chantajes emocionales, y esto se repitió indudablemente con su mujer. La consecuente culpa por identificación con el padre-varón surgió respecto al temor en repetir el mismo error del padre para con su hijo, también varón, y por miedo de ser igualmente rechazado como padre, algo semejante a lo que había hecho con su propio padre. Puntualizando el tema de las niñas, éstas manifestaron secuelas de una mala elaboración del complejo de Electra, de modo que han asimilado una figura masculina degradante y que degrada, conduciéndolas a relaciones de pareja conflictivas.

Según Lacan, es en el lenguaje donde se juegan los distintos elementos que configuran el Edipo, es decir, el vínculo con la madre no se establece solamente a partir de sus acciones sino que éstas quedan marcadas a partir de ciertos significantes que la acompañan.

Este pasaje de la vida del Sr. G. nos hace recordar la crónica de *"Nietotchka Nezvanova"* en que Dostoyevski relata la historia de una niña de 9 años que revela sentimientos ambiguos de amor y odio por sus padres. Este caso ilustra un complejo de Electra, y en el caso actual el Complejo de Edipo. Ambos casos

tienen un motivo permanente, aunque oculto, de una culpa deseada o asumida por un inocente.

El niño sabía que no estaba *todo bien*, y reaccionó adecuadamente, mientras la madre interviene invalidando la percepción correcta del niño sobre la realidad. Hubo una negación de la realidad por parte de los padres, transmitiendo al niño que no se podía confiar en la percepción, hundiéndole en la incertidumbre.

Muchas veces el niño esperaba al padre en la calle, cerca de la puerta apenas para recibir de él un cariño, y lógicamente eso nunca ocurría. La madre se quejaba mucho y repetía constantemente su deseo de que el padre *jamás volviera* a casa para que ella tuviera finalmente la paz y la alegría que tanto deseaba: *¡que se muera!* Esto aumentaba en el niño su deseo de ver al padre muerto y de que *no volviera jamás del viaje* – palabras repetidas en diferentes momentos de la labor psicoterapéutica. La esperanza de que eso se tornara realidad aumentaba a cada día en el corazón y mente del niño: con el padre muerto, podrían vivir los dos - madre e hijo - una felicidad eterna.

En este momento en que la madre desea y verbaliza la muerte del marido, torna el niño su cómplice, haciéndole sentir culpable y responsable por la muerte del padre, para poder tener la madre sólo para sí y consumir el incesto. Aquí se puede hacer un hincapié de la historia de Katherine, un personaje de la obra dostoyevskiana "*La Logeuse*", con la situación donde Mourine, el amante

moujique de la madre de Katerine, incítala a matar la madre mientras dormía. Ella, a su vez, se apercibe del deseo de matar a la madre y se culpa por ello considerando haber hecho daño a la madre.

Claramente se nota en la madre su comportamiento adaptativo que se evidencia como controlador y manipulador, por hacerle creer que su contexto es previsible. Los manipuladores son inseguros, rígidos, tienen la auto-estima comprometida y, por consiguiente, son desconfiados y con habilidad de manejar las personas, dominándolas. La “víctima” del controlador está siempre en actitud de defensa, porque en el momento en que hace o dice algo que esté en desacuerdo con el otro, terminará como objeto de críticas y acusaciones. Situación tal que el niño intentó evitar toda su vida.

En ese momento del trabajo analítico, el sujeto ya empieza a percatarse del sentimiento de culpabilidad, posibilitando al paciente tornar consciente un trauma inconsciente y los sentimientos que provocaban problemas actuales.

A partir de este momento, toda vez que recuerda a su padre, su consciencia se vuelve profundamente contra ello; se siente culpable sin tener consciencia de tal sentimiento. Es importante hacer una observación sobre el desarrollo del proceso analítico en que al principio el sujeto no se permitía ver al padre como a un sujeto malo, así como Nietotchka con relación a su madre.

El sentimiento de culpabilidad era evidente. Se encontraba enmascarado bajo la forma de una compulsión desenfrenada, de la depresión, de su comportamiento *procrastinador*, y por el sentimiento de incapacidad y dificultad en relacionarse con los demás.

Los sentimientos de culpabilidad son originarios de las fantasías hostiles previas y asumen dos manantiales: el dolor y el remordimiento más el miedo a la represalia<sup>33</sup>.

Analizando su culpabilidad imaginaria el Sr. G. comenta en la sesión que se veía como un *capullo de un gusano* – término que utilizará para explicarse a sí mismo un proceso inconsciente de culpabilidad y defensa - que está abriéndose para la nueva vida – a ejemplo de la mariposa. Durante la sesión se queja de una fuerte presión en el abdomen<sup>34</sup>.

Le pregunto si había sentido eso antes y me responde que no. Aquí se empieza a pensar en lo somático con relación a lo psíquico.

El Sr. G., hablando de su inseguridad dijo: “*no consigo mirar hacia delante y sentirme seguro*”. Eso nos remite inmediatamente a la situación de la última despedida del padre – que veremos más adelante - en que el niño se quedó en pie, paralizado, mirando fijamente al tren llevarse a su padre y junto a él, su

---

33 Raquel Soifer, “*Psicodinamismos de la Familia con Niños*”, 1983, pág. 84.

34 Semejante al caso relatado en la obra de Dostoyevski sobre el personaje Katerine.

más intenso deseo de muerte y consecutiva realización de un deseo oculto. En este momento, miró hacia delante con toda la seguridad de que su deseo fuera realizado. Actualmente, cuando lo hace, esto es, cuando *mira hacia delante*, esa frase se transforma en un significativo acto simbólico que representa para él la realización de sus deseos - el mirar hacia sus deseos, hacia la muerte, hacia el parricidio - y, si así lo hacía, estaría entrando inmediatamente en contacto con su sentimiento de culpabilidad resguardado por el inconsciente. El mirar hacia delante significa encarar de frente a su culpabilidad, aunque imaginaria, puesto que hasta el momento, su inconsciente cree ser una culpabilidad real<sup>35</sup>. Este último representa el *no mirar hacia* las grandes posibilidades de ascenso profesional para protegerse de la responsabilidad por un posible fracaso y consecuente castigo como también liberarse de la responsabilidad en asumir su papel de adulto.

La culpabilidad se manifiesta por medio del sentimiento de inseguridad disminuyéndole la autoestima, interfiriendo negativamente en su capacidad de correr riesgos y por supuesto retardando sus decisiones y acciones. El paciente tiene ventajas con la inseguridad por *no correr el riesgo de errar* - prefiere ser inseguro, a asumir el error o sentirse culpable.

---

35 El objetivo primordial de esta Tesis es revelar la expresión del sentimiento de culpabilidad inconsciente, es decir, que el sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario es producto de una interpretación personal, individual de la realidad basado en creencias internas del sujeto.

Basado en sus estudios respecto a la autoestima - realizados en los últimos trece años desde la publicación de su obra - Branden dijo que *no existe una definición de autoestima que cuente con el consenso general*, enfatizando ser inherente al autoconcepto y a la confianza en sí mismo. Cuando nos sentimos culpables terminamos por *autorrepudiarnos*<sup>36</sup>. La culpa generalmente está relacionada a la manera con que el sujeto se relaciona consigo mismo.

El sentimiento de culpabilidad es de consubstancial importancia en la estructuración de una autoestima positiva. El sentimiento de culpabilidad genera baja autoestima y consecuentemente tiende a generar depresión y ansiedad, éstos a su vez afectan el organismo produciéndose la psicopatización<sup>37</sup>.

Nos recuerda Branden<sup>38</sup> que *la autoestima es la reputación que adquirimos frente a nosotros mismos*.

Al día siguiente a esta sesión, el Sr. G. fue sorprendido por dos chicos jóvenes que le apuntaron con un arma y le robaron la billetera y el reloj. Luego pensó que se iba morir, *que iban a quitarle la vida*. Pasado el susto, durante la madrugada tuvo una súbita crisis renal y camino del hospital *expelió una piedra - como si hubiera me liberado de un peso; como si la muerte me hubiera dado una oportunidad más*. El médico le había dicho que otros cálculos tendrían que ser

---

<sup>36</sup> Nathaniel Branden, "El respecto hacia uno mismo", 1997, pág. 12.

<sup>37</sup> *Op. cit.*, pág. 23.

removidos quirúrgicamente. Interpretando esta frase del sujeto se puede decir que la muerte del padre también le dio una oportunidad más, ya que le favoreció tomar el lugar del padre y finalmente quedarse con la madre.

Inmediatamente le vino a la mente la muerte del padre, la escena del tren y la imagen del capullo de un gusano. Nathaniel Branden hace alusión a la muerte diciendo que es el proceso mediante el cual *el gusano se transforma en mariposa*.<sup>39</sup> El *gusano* no podía verse libre como una mariposa por estar involucrado en el capullo/parricidio/culpa. Los tres elementos que se transformaron en el símbolo de su dolor están íntimamente relacionados con la muerte del padre y con su sentimiento de culpabilidad. No transformarse en mariposa le ataba al significado de no madurar y no realizar nada nunca, *posponer* para no terminar, manteniéndose a distancia de la vida para que la muerte se quedara relegada en una lejanía infinita. En su fuero íntimo, está convencido de que madurar significa morir.

El miedo se retroalimenta: cuánto más vuelve hacia el miedo más fortalecido éste se queda. El miedo está relacionado con el sentimiento de inferioridad, con la falta de autoconfianza, incapacidad, inseguridad, sentimiento de rechazo y con el sentimiento de culpabilidad. Sus muchos miedos le dejan *paralizado, sin capacidad para realizar grandes proyectos*.

---

38 *Op. cit.*, pág. 41.

39 Nathaniel Branden, “*El Respeto Hacia Uno Mismo*”, 1997, pág. 240.

El funcionamiento psicosomático encuéntrase totalmente trastornado, sustituye un síntoma por otro de tal forma que toda la sintomatología está marcada por la oscilación entre lo orgánico y lo psíquico<sup>40</sup>.

Lo que queda demostrado a lo largo del relato de ese caso y tras comparación con la obra de Dostoyevski es que el Imaginario determina positiva y negativamente todo el funcionamiento psicosomático. Trátase del Imaginario en cuanto función que se actualiza, en oposición a lo real, en una secuencia ininterrumpida de fenómenos, correspondiente al sueño y a sus equivalentes en estado de vigilia, los cuales llevan al delirio y de la alucinación al fantasma más transparente<sup>41</sup>.

La culpa inconsciente de Dostoyevski, de no ser el objeto de satisfacción de los padres, fue utilizada como fuente de creatividad. La creatividad como forma de reparar el objeto. El Sr. G., en cambio, porque carece de herramientas simbólicas seguramente, hace un texto con los síntomas somáticos en lugar de hacer otro tipo de textos. Digamos que habla con el cuerpo, pero no es capaz de transformar su goce (dolor, padecimiento) en goce estético, que pueda ser compartido por todos. No hay una elaboración simbólica a partir del dolor, de la tristeza, que pueda ser productiva.

---

<sup>40</sup> Los estudios de Sami-Ali (1995, pág. 60) confirman que una enfermedad orgánica es lo equivalente de una neurosis o psicosis. Dando continuidad a su pensamiento, el psíquico y el somático ocupan dentro del mismo conjunto sintomático, dos posiciones simétricas, opuestas y complementares.

<sup>41</sup> Sami-Ali, "*Penser le somatique - Imaginaire et pathologie*", 1995, pág. 3.



El factor decisivo de este análisis parece ser el predominio de la función del Imaginario, que a pesar de haber empobrecido la vida consciente, deja subsistir una vida contenida en los límites de lo razonable, obedeciendo, por lo tanto, a las incursiones del Superyo. El propósito de lo Imaginario es sustituir la responsabilidad por lo real, es reproducir lo banal en función de lo Imaginario<sup>42</sup>.

Uno de los efectos más sensibles del análisis, a la medida en que la represión iba desapareciendo, ha sido el de una deriva continua del presente en dirección al pasado y de lo real a lo Imaginario. Ese movimiento fue enteramente regido por el reencuentro con el padre en el trabajo analítico.

Sobre todo, en el análisis del Sr. G. pesa la depresión, ligada por un lado a la compulsión y los dolores de espalda que se transformaron en crisis renales<sup>43</sup> y por otro, a la imposibilidad de tener la madre sólo para sí, sin el padre. La relación imaginaria es una relación de dos, donde la lógica es identificatoria. Por esto la ideación “parricida”: matar al padre para quedarse con la madre. Lo que quería el hijo era que la madre fuera de él, que no existiera el padre: “si papá no existiera yo tendría la mamá sola para mí”.

---

<sup>42</sup> *Op. cit.*, pág. 78.

<sup>43</sup> Así como el Sr. G. enfermó enseguida a la noticia de la muerte del padre y tuvo problemas renales, Dostoyevski tuvo ataques de epilepsia, teniendo estos ataques el valor de un autocastigo por el deseo de muerte contra el padre odiado. Freud, en “*Dostoyevski y el parricidio*”, comenta que los ataques de epilepsia representaban la muerte en estados de sueño letárgico y eran precedidos de accesos de miedo a morir y el deseo a otro la muerte. En el caso de Dostoyevski el otro es el propio padre.

Entre somatización e imaginario existe, por lo tanto, una correlación negativa por la que se opera la transición de la obesidad/riñones/dolores de espalda, para la psicosis y conjuntamente del cuerpo real para el cuerpo imaginario<sup>44</sup>. Las psicوماتizaciones presentadas por ese paciente surgen en respuesta a situaciones extremas en que, acorralado, el sujeto utiliza recursos biológicos inhabituales y hasta entonces para él desconocidos, por los que duplica y determina su relación con el mundo. Utilizando las palabras de Sami-Ali: “actuando sobre el cuerpo es como se actúa sobre el mundo”<sup>45</sup>. Las piedras formadas en los riñones y expelidas en el momento de gran ansiedad *como si el propio objeto fuera otro cuerpo*, tales eran las ganas del sujeto de libertarse del peso que le producía el sentimiento de culpabilidad. Está ahí la fuerte presencia de *aquello que el cuerpo mediatiza y coloca fuera como un intento de crear una distancia, donde la distancia tiene dificultad para instaurarse*. Distanciar es introducir entre el cuerpo y el mundo *una diferencia*<sup>46</sup>, *un limite, una polaridad*<sup>47</sup>.

En el caso del Sr. G., los objetos elegidos para recordarle el dolor por el parricidio, fueron el estómago y los riñones. La presencia de su propio hijo le hacía más presente y más próxima la imagen del “niño criminal” y sus deseos de muerte con consecuente remordimiento y sentimiento de culpabilidad. En el caso de

---

44 Lo que llama la atención es la ausencia de una dimensión simbólica que permite articular lo Imaginario y lo Real. Ese es la dimensión que se instaura en el análisis: sustituir el lenguaje – imaginario – del cuerpo (real) por la elaboración simbólica de la experiencia emocional del cuerpo, para un tercero (el analista, o el propio sujeto que surge de ese trabajo) diferente del Yo que “racionaliza” y cree saber quién es, como si lo que le pasa a él no tuviera nada que ver con él.

45 Sami-Ali, “*Penser le somatique - Imaginaire et pathologie*”, 1995, pág. 55.

46 La del lenguaje que introduce la diferencia.

47 Sami-Ali, “*Penser le somatique - Imaginaire et pathologie*”, 1995, pág. 91.

Dostoyevski, los objetos representativos del dolor del parricidio, a parte de sus obras y sus personajes, fueron los desmayos, las crisis de epilepsia y las pesadillas donde retornaban las personas muertas.

La *acción terapéutica a través del inconsciente*<sup>48</sup>, mediante la cual son puestas en evidencia las regiones más íntimas y ocultas del alma del individuo posibilitó una “disección” (Moodie) de la mente del sujeto. El sujeto se está acercando aún más al núcleo causal de culpabilidad responsable de sus somatizaciones.

Es precisamente necesario analizar al sujeto tomando en consideración sus mecanismos de defensa primitivos para aclararlos y hacerlos desaparecer. Investigar la motivación de determinados síntomas respetando el momento del paciente para permitirnos la entrada en su inconsciente nos pareció lo más coherente. Con este método de investigación hemos obtenido en un gran número de casos resultados valiosísimos, tanto desde el punto de vista teórico como desde el práctico.

Los síntomas poseen una conexión estrecha con el trauma causal. En la sesión que se sucedió al ocurrido<sup>49</sup> – el latrocinio seguido de súbita crisis nefrítica – el sujeto inició relatando el infortunio, y a continuación hizo una analogía con

---

48 Sigmund Freud, “*Obras Completas*. Prólogo de la versión española, Madrid, 1967, pág. 12.

49 La visualización ocurrió después de haber sido atacado y con el susto tuvo una crisis renal.

una nueva y sorprendente metáfora, que el tratamiento hizo cesar una pertinaz tendencia a la formación de cálculos en el paciente.

Esta parte de la labor analítica demuestra las diferentes maneras de alivio de culpa: el paciente intentó coartar la culpa y eliminarla por la orina a través del cálculo renal. De la misma manera, el individuo intentó “digerir” la culpa, comprometiendo el principal órgano del aparato digestivo para cumplir este objetivo.

El sujeto sigue en su libre asociación: *me siento como si yo estuviera en medio de una galería en el espacio con varios canales, húmedos y oscuros, ubicados en el subsuelo. <<Por favor prosiga>>. Algunos canales tienen poca luz y otros son oscuros. Las paredes se parecen a ladrillos, no son lisos y en el suelo hay una camada rasa de agua. Con la intención de unir el Imaginario al simbólico le pregunto: ¿Ahora que estás ahí qué es lo que quieres hacer? Deseo conocer a todos los seis canales indistintamente. Tres tienen luz y otros tres están oscuros.*

*El primer canal es iluminado y está a su izquierda, es bastante largo, las paredes son porosas. Es muy instigante. La luz le da la sensación de tener algo allí adelante y de encontrar la fuente de esta luz. Al sujeto no se le imponen obstáculos, sin embargo, necesita de una fuerza adicional para seguir adelante. No existen resistencias que consigan impedirle este trayecto. Dijo que lo único que necesita es fuerza física – salir del sedentarismo – puesto que *llegando en la punta me viene a la**

*mente el escenario de un bosque bien iluminado, una fuente de agua, un valle y para llegar al valle necesito de fuerza física. Le indago haciéndole traer al consciente de forma no simbólica, sobre el significado del canal y del valle. Responde convencido que el canal le era representativo de una parte de sí mismo perteneciente al valle, eso es, a la tranquilidad, versatilidad y sutilidad.*

Al paciente se le notaba al principio del relato un alto nivel de angustia, ansiedad y tristeza que fue aplacado conforme iba describiendo este “canal”.

*La salida del canal está arriba en lo alto y no tiene unión con el valle. La fuerza física para acceder a este estado personificaba la buena salud física para lograr llegar al valle. El canal muestra que existe aquella situación y si ella existe yo puedo conseguirla – comenta que la escena es colorida. Menciona que le faltaría algo, como un puente para acceder a ello. No quiere cambiar nada.*

Está bastante claro que el paciente describe su cuadro diagnóstico psiconefrológico y el significado simbólico de su enfermedad, conduciéndonos a la razón de su nefritis y como paradigma de la influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria en el origen y agravación de una enfermedad.

Su mención de luminosidad y oscuridad puede ser el representativo del consciente e inconsciente. Encontrar la fuente de luz es su deseo inconsciente

de clarificar a sus traumas ocultos y alcanzar tan deseada tranquilidad muy bien ilustrada por el valle. Aparece claramente la inconsciencia como factor dilatador de la culpabilidad.

El segundo canal lo describe como un poco húmedo, de superficie porosa y le parece un camino más sinuoso. Llegando a la punta es una situación urbana, de muchas personas trabajando, haciendo varias cosas. A diferencia de la otra tiene un perfecto acceso. *Yo me veo dentro de este escenario. Sin vida, sin perspectivas. Personas conformadas.* La escena es gris, observa el sujeto. Quiere cambiar la conformidad y la perspectiva para tener motivo para sonreír. Descifrando el simbolismo dijo querer mostrar que la situación en que vive y trabaja es gris: hace muchas cosas en el trabajo por sometimiento y complacencia.

El contenido simbólico de ese “canal” hace referencia al día a día del trabajo y de las relaciones personales del paciente que se hace consciente de estar sin perspectivas, adentrado en una apatía y melancolía como lo es el propio “gris”.

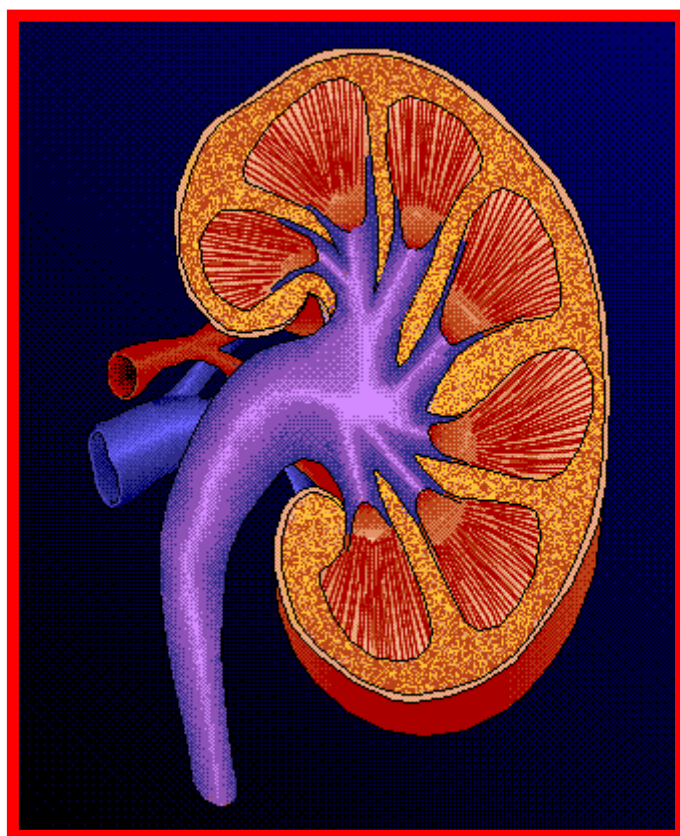


Fig. 2. La figura del riñón<sup>50</sup> ilustra perfectamente a los *canales* y *antesalas* a que el paciente se refiere. Las *piedras puntiagudas* al cálculo renal y consecuentes sentimientos encubiertos: sentimiento de culpabilidad, inferioridad, abandono y rechazo enmascarando un cuadro depresivo.

El tercer canal es más sinuoso y ascendente exigiendo un esfuerzo diferente para llegar a la salida, esfuerzo que no es solo físico pero también mental. Se me presenta un panorama, un escenario que también dice respecto al trabajo y a las personas.

Difiere por ser un escenario colorido, alegre. Me recuerda que soy alegre. Es visualmente accesible pero con alguna dificultad mental. Representa una dificultad mental, un bloqueo. Para salir del escenario gris tengo esta alternativa que requiere un esfuerzo mayor, entretanto tiene sus compensaciones.

Depende de esta barrera mental para rescatar su alegría en el ámbito laboral. Se hace consciente de que la solución para sus problemas laborales y de habilidades sociales es de fácil resolución y dependen de conseguir desvelar el significado de esta resistencia que insiste en mantenerlo conformado. Trajo a la consciencia que existen beneficios y alegrías en lo que hace.

Describe el cuarto *canal* como *demasiado estrecho, oscuro, que no tiene salida, es cerrado. La superficie es porosa, gris, y es un canal corto. Admite tener la sensación de haber algo detrás de la puerta no obstante estar bien cerrada. Hay una palanca para abrir pero está atascada. Hace un esfuerzo, pone un poco de óleo y se abre. Tiene un brillo bien ofuscante. El propio sujeto hace la “traducción” para el consciente real: soy consciente de que poseo una fuente de energía, de luz y necesito descubrir cómo utilizarla. Es una luz que ilumina pero no tiene fuente propia. Es imprescindible saber de qué forma la absorberé como parte de mí mismo. Quiere dejarlo abierto para poder conocer más sobre él. Le pregunto qué podría ser eso que tiene tanta luz que le ofusca la visión y que permaneció por tanto tiempo encerrado. El paciente contesta muy objetivamente transparentando seguridad y claridad de ideas: mi lado bueno. Esta luminosidad representa mis cualidades que me ofuscan la visión por no querer admitirlas, por eso quiero dejarlo abierto. <<¿Y el óleo?>> Representa la flexibilidad para conmigo mismo necesaria para tener autoconfianza.*



Prontamente el sujeto empieza a detallar el quinto *canal*: también oscuro, corto, con paredes llenas de piedras puntiagudas – los cálculos renales –, aparentemente vedado, no tiene salida, tiene una pared con la misma piedra puntiaguda. Con la luz esta pared queda casi como un cristal. Con la luz él se va abriendo poco a poco. Es un canal más ancho con piedras puntiagudas en las paredes y en el suelo también tornando difícil caminar. Las dificultades estarán siempre por el camino y si alcanzo saber utilizar esta luz sabré como recorrer este camino. Le cuestioné sobre el significado simbólico de las piedras puntiagudas y dijo ser probablemente las “piedras” en los riñones que el médico le había dicho que sería necesaria una intervención quirúrgica para remover. Ellas significaban el acumulo de dificultades y resentimientos. La luz que interfiere positivamente abriendo el *canal* fue por él interpretada como semejante al láser quirúrgico representando el tornar consciente lo inconsciente, tornar manifiesto lo que estaba latente. Desconocía el origen de las piedras pero intuía que se relacionaban con la inseguridad, insatisfacción consigo mismo y con lo que hacía de errado, como posponer, evitar las responsabilidades, esquivar el papel de padre. Claro estaba que había establecido una especie de comunicación propia con su inconsciente y con su propio cuerpo.

Explicando el último y sexto canal: tiene una apariencia y una “sensación” depresiva, para abajo, bien frío, largo, que va a dar en una parte que se abre un poco, también me da la impresión de ser fría, amedrentadora. Denota

resistencia a entrar y me parece conveniente que lo haga, por esa razón le estimo a que entre.

Cuenta que desde el momento en que le había dicho que entrara dijo: “me dio algo”, una sensación de miedo, pero yo sé que hay algo adelante y voy a necesitar de la fuente de luz para esto. Pasa a la antesala, mira el largo canal, y en todo el trayecto dijo sentir emanar algo que le provocaba esta sensación de miedo. Se puede pensar que este algo que es emanado a lo largo del canal sería proveniente de los dolores por los cólicos renales, ya que miedo y dolor están intrínsecamente relacionados.

El órgano termina siendo la sede de manifestaciones y descargas libidinales, como expone Freud en su artículo “Introducción al narcisismo”, y el dolor físico aparece con la intención de desviar la atención de esas cargas libidinales sobre el Yo, sirviéndole el órgano de apoyo imaginario. Utilizándonos del pensamiento lacaniano, el mundo simbólico de los sentimientos de culpabilidad, inferioridad, abandono y rechazo se hallan enteramente cargados en el dolor<sup>51</sup>.

El dolor actúa en el impedimento a la satisfacción de los deseos del paciente en resarcimiento al sentimiento de culpabilidad por el parricidio. Basta

un dolor para interrumpir sus ideales y volcarlo a la realidad de verdugo. Decide neutralizar con la luz la sensación del miedo, no obstante detecta la existencia de una fuente que provoca la sensación de miedo. El canal sale de la antesala y retorna a ella. Discurrió todo el canal iluminando y amenizando el miedo con la luz. En esta antesala ocurre un aumento del miedo.

La fuente del miedo<sup>52</sup>, como así la designó el sujeto, proviene de una pared a la derecha, pared curvilínea, abovedada, con depresiones y surcos. Los surcos en la pared se parecen a una puerta de entrada. La luz abre la puerta y da para varios compartimentos. El paciente dijo que le hacía falta centrarse y volver a su propio eje, recomponerse de la influencia del miedo, para poder ser un conductor más potente de luz. Son compartimentos interminables difíciles de eliminar. Abrí un canal directo de la fuente de luz hasta el zaguán del miedo. La sensación del miedo le deja otra vez paralizado, sin capacidad de hacer grandes cosas, no consigo desviarme de ella; ella se realimenta, cuanto más vuelvo hacia ella más crece, siento un aprieto en el pecho. Fue abierto un canal de intersección entre los seis canales, para que pasara la luz y se le quitase la barrera del miedo.

En este momento, el sujeto finaliza su relato metafórico como si hubiera logrado superar de todo o en parte sus resistencias conscientes e inconscientes. Antes de finalizar, el sujeto añade algo bastante significativo a la

---

51 Reflexiones del Dr. Leclaire, sobre el texto "*Introducción al narcisismo*" en contribución a la obra de Lacan. "*El Seminario de Jacques Lacan*", Libro 1: Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954, 1981, pp.

investigación de su historia precedente: le viene a la mente la imagen de un hombre mayor que le regala un reloj y le dice que circule con el objeto entre los canales. El reloj marca 5 horas. Circular partiendo desde el primero en dirección al ultimo en sentido antihorario que se llega más rápidamente. Con eso, dijo que el sexto canal se quedó mucho más ameno. El reloj avanzó en el sentido inverso y está marcando 4 horas. El inconsciente reveló las edades en que se hallan los sucesos traumáticos.

El sentido simbólico del órgano no interfiere en la etiología de la depresión. El paciente somatiza para permitirse salir de la depresión - una caída del ánimo que constituye un estado clínicamente discernible - y esquivarse del sentimiento de culpabilidad. Son varias somatizaciones de diferentes equivalentes depresivos: lumbalgia, nefritis, taquicardia y gastritis.

Anatómicamente, los riñones son los responsables por filtrar toxinas, desechos, agua y sales minerales fuera de la corriente sanguínea. En el caso del Sr. G., los riñones habían sido responsabilizados por “destilar” emociones y sentimientos que le eran destructivos. Debido a la hipervascularización, los riñones poseen un color marrón rojizo oscuro. La *antesala* es el representativo simbólico de las pirámides renales también conocidas como pirámides de Malpighi, que son segmentos cónicos que se encuentran en la médula interna del

---

198-199.

52 Más adelante percibirá que la fuente del miedo era el sentimiento de culpabilidad por el parricidio.

riñón. Los cálices o como lo denominó el paciente los *canales*, son las fosas en la médula interna del riñón que encierran las pirámides<sup>53</sup>.

El trastorno en la función del riñón del paciente era debido a factores psicológicos relacionados con los temas sobre muerte y pérdida.

Los riñones desempeñan una función básica para el organismo que es la de filtrar toxinas, desechos, agua ingerida y sales minerales fuera de la corriente sanguínea. Tiene una función tanto excretora como reguladora. Este proceso es bastante rápido, representando el carácter de inquietud y ansiedad del sujeto. El riñón es un órgano responsable de una operación de limpieza tremendamente exhaustiva, filtrando y reabsorbiendo el aporte sanguíneo del cuerpo. El Sr. G. lo utilizó para el mismo fin, con la diferencia del aporte emocional: desechar la expresión simbólica de su conflicto psíquico relacionado al parricidio inconsciente.

Los dos órganos están situados en la parte posterior del abdomen, al lado de la columna vertebral y aproximadamente entre la duodécima vértebra torácica y la tercera lumbar. Los dolores lumbares presentados por el sujeto estaban ubicados en esta región.

Una cuarta parte del volumen total de la sangre que sale del corazón llega a los riñones por medio de las arterias renales. Se puede decir inclusive que

---

<sup>53</sup> Bodyworks, 1995.

“una cuarta parte” de las experiencias emocionales que salen del “corazón” del Sr. G. llegaban a los riñones por medio de la psicopatización.

La principal función de los riñones es eliminar de la sangre las toxinas e impurezas a través de la orina<sup>54</sup> – sustitución del llanto – todo lo que puede ser potencialmente nocivo, antes de que alcance niveles tóxicos y devuelven sólo lo que es beneficioso para el cuerpo, eso es, el sujeto se utilizó de este órgano y de su función para excretar las consecuencias del conflicto traumático evitando “intoxicarse” con el sentimiento de culpabilidad por un parricidio imaginario.

Como reprimía el llanto, encontró una forma alternativa de obtener alivio de las tensiones emocionales segregando a través de la orina. Elimina a través de la orina lo que no puede eliminar a través de las lágrimas. No puede demostrar sentimientos, y se los encubre utilizándose del propio riñón. El riñón purifica la sangre y se puede interpretar que la sangre significa su mayor vínculo con el padre muerto y con todas sus características buenas y malas. El sujeto desea eliminar al padre que se encuentra impregnado en él a través de la sangre así como también desechar la culpabilidad por el parricidio y volver al equilibrio.

En Dostoyevski, la culpa por el padre muerto vuelve en muchos de sus personajes. En el caso del Sr. G., los objetos elegidos para recordarle el dolor por el parricidio, fueron el estómago y los riñones.

Freud ya en el principio de sus estudios afirmaba que *con frecuencia la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia*<sup>55</sup>.

Es con extraordinaria facilidad que se producen desequilibrios en la psique infantil. Sirviéndonos de las palabras de Rof Carballo<sup>56</sup>, la vivencia traumática determinó una fijación en la libido, fijación que causa a su vez un retraso parcial en el desarrollo armónico del alma infantil.

En este momento del análisis el sujeto relata de manera sucinta sobre el día en que se sucedió el fatídico incidente: el niño acompañado de su madre fue a la estación de ferrocarril a llevar al padre. Se despidieron como si jamás se hubieran desentendido antes. La imagen de un hombre bueno, sereno que dejaba en el aire un clima de nostalgia, se quedó grabado en la memoria. Ese fue el último contacto con el padre. Horas más tarde cuando telefonearon para darles la noticia del fallecimiento, G. estaba en casa y la madre intentó justificar la ausencia del padre, pues G. parecía no comprender a los ojos de los adultos.

La interpretación referente a sus deseos de muerte y la consecuente culpa determinó una modificación de la estructura del Yo. El niño se sintió

---

54 ABC del Cuerpo Humano, Selecciones de Reader's Digest, 1996, pág. 260.

55 Sigmund Freud, II *La Histeria*, 1967, pág. 25.

56 Rof Carballo, pág. 133.

abandonado con la muerte del padre reforzando la conclusión de que “la culpa es mía”. En su metáfora anterior, la fuente del miedo se refiere al núcleo causal, o sea, la culpa por el parricidio. Branden escribe sobre eso alegando que *a menos que se ayude al niño para que comprenda que la muerte no es producto de su comportamiento, una sentencia de “no soy suficiente”<sup>57</sup> puede extenderse como veneno dentro de la psique del pequeño.*

Los adultos comúnmente perturbados durante este período, no comprenden a estos niños y les reprenden y corrigen. Con esto, ellos pueden reprimir en su interior su manera de manifestar el pesar, lo que puede muchas veces ser fuente de disturbios emocionales futuros<sup>58</sup>. No obstante, el odio por la noche anterior – aquí el sujeto se refiere al día de la última pelea de los padres relatada anteriormente -, eso nada ni nadie se lo quitó. Un profundo conflicto interno entre el bien y el mal, entre el amor y el odio, definido en el momento del adiós incítale a desear que aquél hombre, aunque aparentemente calmo y afectuoso, *jamás volviera, que el tren se lo llevase para bien lejos y lo hiciera desaparecer para siempre* - el afán de muerte se concretiza en ese exacto momento. Desea con vehemencia: *“¡que se muera y no vuelva a molestarnos!”* Finalmente su deseo se torna realidad: el padre se muere exactamente en este día, durante el viaje. En verdad fue un viaje sin vuelta como lo había deseado el niño.

---

<sup>57</sup> Nathaniel Branden, “*El respecto hacia uno mismo*”, 1997, pág. 48; y Elisabeth Kübler-Ross, “*Sobre la Muerte y el Morir*”, 1989, pág. 184.

<sup>58</sup> Según Freud durante el curso del desarrollo de una persona los impulsos sexuales y agresivos inaceptables se hallan fuera de la conciencia. Estos impulsos reprimidos se esfuerzan constantemente para descargarse y



En análisis el sujeto relacionó la falta de responsabilidad con el sentimiento de rechazo, en el sentido de uno compensar al otro para no sentirse culpable. El sentimiento de culpabilidad le suscitó un miedo de hablar con las personas por temor al rechazo. Toda vez que a él se le negaba algo, inmediatamente se sentía rechazado y un rápido e inconsciente raciocinio se apoderaban del sujeto: “no me quieren por no ser suficientemente bondadoso o no ser suficientemente deseable”. Por ser poseedor de algo malo - el instinto parricida -, o de ser desprovisto de cosas buenas, las personas no le concederían sus deseos o le rechazarían. Eso es paradigmático al tema del complejo de Edipo. Concluye diciendo que pedir y no recibir le hace sentirse frustrado, inferior y menor todavía; “no me siento adulto”. Esquivase de pedir o desear logrando con eso, eximirse del deber de la responsabilidad ya que el hecho de no pedir le asegura que los demás hagan desaprobaciones más apacibles o que no las hagan.

Es difícil que yo me sienta propiamente una persona adulta, dijo el sujeto. En el momento en que relata eso inmediatamente asocia con la escena de la pelea del padre con la madre- se sentía incapaz de evitar las peleas. No quiere ser adulto para no tener el mismo tipo de dificultad: miedo a tener un hijo y que a él le pasara lo mismo y miedo de repetir los mismos errores que su padre. Seguidamente el paciente vuelve a ese mismo relato.

---

a veces se expresan como síntomas neuróticos. Freud pensó que tales síntomas podrían ser eliminados trayendo las fantasías reprimidas y las emociones a la conciencia.

Admite su miedo a crecer: *si me torno adulto me transformo en una persona igual a mi padre*, idea que se vuelve cada vez más clara para el Sr. G.. No quiere tener la responsabilidad de ser igual al padre, y se pone confuso por *odiar* la forma como conducía las cosas y *odiar* lo que le hacía a él, a sus hermanas y a su madre.

Se siente protegido cuando los demás asumen los riesgos por él. En la situación del último contacto con el padre en el momento de la partida del tren, mientras el niño se nutre del deseo de muerte repasa la responsabilidad sobre los riesgos al propio padre. “*¡El padre que se muera! Que se muera él y no yo*” es el pensamiento y deseo del niño, resolviendo el drama de quedarse con la madre definitivamente sólo para sí. Con la consumación del hecho, el niño pasa a postergar y a asignar al otro las decisiones y las responsabilidades privándole de sentirse culpable.

El lenguaje representa y determina al sujeto. Lo patológico en este caso es no haber conseguido verbalizar el desagrado, resultando en síntomas. En lugar de la verbalización surge el síntoma: cuando el niño no logra una comunicación adecuada, cuando no consigue utilizar adecuadamente el lenguaje como medio de contacto con el exterior, con el otro, cuando la palabra articulada no tiene éxito.

No transmitir sus ideas ni sus deseos como forma de retener el conocimiento y no arriesgarse tornándolo publico, es la manera que el sujeto hallaba para sentirse protegido y para que los demás no se diesen cuenta de quien era él realmente, eso es, de su *lado malo* - sus deseos incestuosos y parricidas - y que es lo que verdaderamente deseaba tornándole vulnerable. Él tiene consciencia de algunos de sus deseos pero no los dice para no tener que asumir los riesgos de tornarse responsable por ellos. Para sentirse seguro no da, retiene, por eso no consigue darse al hijo; el amor que siente no consigue exteriorizarlo del todo por tener que retener ese amor que es lo que le mantiene vivo y seguro - retroalimentase con sus propias ideas, con su propio amor, pero se siente solo y vacío. Hace lo mismo con la comida - tiene compulsión alimentaria, es bastante obeso: come demasiado para tener reservas y no pasar hambre, se abastece, guarda reservas.

Se considera de buena índole, trabajador, reservado, inteligente, responsable y cuidadoso. La inseguridad transforma una persona de buena índole en inferior, transforma una persona cuidadosa en meticulosa, detallista, transforma una persona responsable en alguien sin audacia, como a un escudo, sin acción, sin tomar actitudes, con más osadía.

Ahora expondremos otro ejemplo en que el sentido primario del síntoma se desdobra en probable fondo orgánico y en que por primera vez afluyen autocríticas basadas en el sentimiento inconsciente de culpabilidad. Ese episodio

del caso clínico, ejemplifica prodigiosamente la influencia que ejerce la culpa inconsciente e imaginaria en el origen y agravación de una enfermedad. El sentimiento de culpabilidad modifica el Yo del sujeto y su actuación desencadenando una enfermedad psicosomática y una depresión.

La sesión que llevó finalmente a desvelar el motivo primordial de los síntomas somáticos y psíquicos que acometían al Sr. G., vino repleta de un simbolismo propio del sujeto desenmascarando el parricidio. Las ganas de tener otro padre o un padre diferente colaboró en producir síntomas, inhibiciones y prohibiciones. Me pareció prudente conducir el análisis más directamente a investigar los motivos de una culpabilidad latente, vinculado al sentimiento de inferioridad, con el objetivo de identificar los orígenes del miedo.

Esta sesión trajo la culpa inconsciente como producto de creencias irracionales reprimidas derivadas de experiencias traumáticas de la niñez: desear la muerte del padre con el propósito de que esto se tornara realidad, a fin de agredir al padre termina por transformarse en una agresión contra sí mismo, ya que el sentimiento de culpabilidad le hace ver que el malo, el indeseable al final terminó siendo el propio sujeto<sup>59</sup>.

Los personajes dostoyevskianos como Katerine - la que alquila cuartos amueblados, de la obra *"La Logeuse"* - y de Dimitrí y Feodor Karamazov - de la

obra *“Los Hermanos Karamázov”* -, ilustran a perfección la culpa inconsciente e imaginaria por un crimen no cometido en realidad. Como dijo Ivan Karamazov: “todos los hombres desean la muerte de su padre”. Todos estos personajes terminan castigándose por desear la muerte del padre. Lo mismo le pasó al Sr. G., que se culpabilizó por la muerte del padre, terminando por castigarse con enfermedades psicosomáticas.

Es imprescindible hacer un aparte sobre el triángulo afectivo padre-hijo-madre. El complejo de Edipo culmina con la identificación con el padre, con el falo, para tener el amor de la madre y, con eso, establecer su identidad sexual, como heterosexual. El niño se identifica con el padre, que representa el falo, lo que conlleva su maduración e identificación sexual, así como ser amado, querido y deseado por poseer los significantes del falo: el poder de tener el amor de una mujer y el poder de tener la “fuerza” del hombre.

Según Freud el niño necesita pasar por el Edipo, para tener su identidad sexual y establecer papeles: hombre-mujer, así como sus cualidades como individuo. En la fase edípica el niño siente necesidad de encontrar en la figura paterna un modelo con el que pueda identificarse. Si este modelo es negativo, destructivo - como en el caso del Sr. G. -, crea en el niño una necesidad de tener un modelo de padre diferente, otro padre, produciéndose un vacío, una falta simbólica.

---

59 El Yo se forma por identificación con el objeto. Si agredo al objeto agredo al Yo.

El símbolo paterno no llena las necesidades básicas para que el niño pueda tener una identificación satisfactoria. Eso produce síntomas, inhibiciones y prohibiciones como por ejemplo, el miedo de amar, de confiar en el otro y en sí mismo, la búsqueda incesante de un amor que irá a llenar el vacío dejado por un símbolo paterno desprovisto de significados constructivos o de significados que llenaron las necesidades de afecto o las pulsiones. Provoca en el adulto un vacío en su propia personalidad, en su propio funcionamiento, ya que no tuvo un modelo a seguir, el niño se siente perdido, intentando la vida toda y en vano, rescatar una imagen de un padre que nunca existió y que hizo falta para la construcción del sujeto. Los síntomas van desde sentimientos de inadecuación, incapacidad, impotencia, hasta la culpabilidad por ser él quien es, esto es, un hombre desprovisto de algo, que no sabe bien qué es lo que hizo para que el padre se alejara, huyera, se ausentara o le rechazara. Las inhibiciones son generadas a partir de esto con el propósito de defender al sujeto de sí mismo y del otro, evitando amar verdaderamente y ser amado.

Las inhibiciones evitan que el individuo encuentre lo que podría llenar el vacío de lo reprimido: el amor que era para la madre o para el padre y que no fue dado a él, o aún, el odio que debería ser exteriorizado o dirigido al padre o a la madre y que fue reprimido.

Las inhibiciones llevan a las prohibiciones, es decir, el sujeto inhibe su deseo de afecto prohibiéndose buscar amor en fuentes verdaderas. El sujeto busca

amor en fuentes vacías o donde no hay amor, porque lo que verdaderamente tiene que llenar este vacío es el amor del padre o de la madre, es la comprensión lingüística que quedó amortiguada, callada, por faltar al niño en aquel momento herramientas suficientes para utilizarla. Las prohibiciones vienen con los mecanismos de defensa que auxilian el individuo en la lucha por su supervivencia. Algo dentro de él le impide ser feliz, encontrar aquello que verdaderamente llenará el vacío, porque este algo no está fuera de sí, no está en el otro, al contrario, está en sí mismo, es decir, está en la relectura que éste puede hacer de su propia vida y de los acontecimientos y elementos que hicieron parte de su vida remota y que fueron identificados por un potencial lingüístico limitado<sup>60</sup> por la comprensión y entendimiento de un sujeto con poca experiencia de vida: el niño.

El niño tiene la necesidad de normalizar la falta de la madre arrancándola de su vida, procurándola en otra mujer, o bien no encontrándola porque tiene miedo de que esta otra mujer sea igual a la madre y también le abandone o rechace. Por esto busca justo una mujer con las mismas características de la imago femenina introyectada para la figura materna: autoritaria, manipuladora, porque en su inconsciente es lo que está registrado como papel de

---

<sup>60</sup> No me refiero a que le falte vocabulario, sino la conexión entre esas palabras y su verdadera experiencia. Conoce la palabra odio, pero no sabe que él odia.

madre o amor de mujer. En el lugar de la falta coloca un símbolo, una mujer para llenar la falta simbólica de la madre<sup>61</sup>.

La respuesta del otro proporciona la posibilidad de una satisfacción de aquella necesidad, empero, sin ser capaz de llenar esa falta, que se espera como una prueba de amor, que nunca conseguirá a través de este nuevo símbolo – esta nueva mujer – porque ella es el prototipo de la madre faltante y, lo más importante, lo que no fue dicho permanece en el inconsciente como una realidad, como un bloqueo de lo que “no existe”, del “imposible”, entonces por más que este individuo busque esta mujer o busque llenar el vacío o la falta, no lo llenará porque tiene dentro de sí determinadas interpretaciones u omisiones<sup>62</sup>.

El Sr. G. inició la sesión diciendo que se siente pequeño, encogido: *me siento inferior, sólo veo desventajas, me siento encogido y no tengo el coraje de enfrentar* – en comparándose a otras personas. El miedo es restrictivo, constrictivo y limitador, sentido como una tensión en su cuerpo. El miedo es inmediatamente perceptible por sentirse más pequeño, por encogerse, como retirándose del mundo.

Empezó hablando sobre situaciones referentes al día de la noticia sobre la muerte del padre: *me acuerdo de estar tumbado en la cama, un tanto enfermo,*

---

<sup>61</sup> Lacan, 1953-1954, XI, “*Ideal del Yo y Yo-Ideal*”, pág. 199.

<sup>62</sup> Busca, en realidad, reencontrar el objeto, luego repetir la experiencia de frustración.



*triste, después de la noticia de la muerte de mi padre – dijo en ese momento sentir un aprieto en el estómago igual al que había sentido cuando niño.*

La psicosomatización aparece como manifestación orgánica del sentimiento de culpabilidad. La presencia-ausencia del ente querido hace surgir la falta y el consecuente desamparo fisiológico<sup>63</sup>.

El lenguaje lleva consigo la marca simbólica significativa y eleva la “cosa” faltante a la categoría de concepto. Lo simbólico designa la pérdida, la falta, la ausencia, la negación. El deseo viene como una tentativa de aprehender el objeto, de encontrarse con el objeto perdido. El deseo está en querer encontrarse con el objeto perdido, en este caso la madre o el padre, por esto, el falo entra como un intenso significativo, como objeto representativo.

*Y sigue: hay varias personas hablando, me siento confuso, triste, recogido, quieto. Me quedo allí tumbado por algún tiempo. Me pasa algo raro como una sensación de total abandono. Me parece un tanto confuso, como si recientemente hubiera ocurrido algo malo, igual me sentía cuando ocurría una pelea entre mis padres. Se acuerda perfectamente de ese día: pasó cuando tenía cinco años, en la noche anterior a la muerte de mi padre. Ellos se habían desentendido seriamente, mi padre agrediéndola bárbaramente, yo intentando protegerla pero era demasiado pequeño para impedirlo, en verdad soy un*

*incapaz* – en este momento el paciente pierde el amor propio por pensar haber perdido con el parricidio el amor del padre, como consecuencia del sentimiento de culpabilidad.

Nos preguntamos si el Yo sométese al Superyo solamente por temor a la pérdida de atención, cariño y protección, como afirma Freud. Pensamos que el sentimiento mayor también está en la pérdida de la valorización de sí mismo - lo que duele es perder el respeto a sí mismo, el amor por sí mismo. En nuestra opinión, se supera mejor la pérdida del amor del otro que la pérdida del amor propio. El sentimiento de culpabilidad le hace sentirse objeto de desamor.

A continuación, el paciente silencia por algunos segundos y sigue: *al día siguiente como si nada hubiera pasado, llevamos a mi papá a la estación de ferrocarril; estoy al lado de mi madre, mirando a mi padre partir en tren y fue en ese viaje que él murió. Deseé con mucho odio en ese momento, desde lo más profundo de mi corazón, que jamás volviera, que muriera para dejarnos en paz.* El Sr. G. deseaba que el padre fuera el culpable de todo como venganza y tal vez alivio de su propia culpa<sup>64</sup>.

Es importante hacer un aparte para comentar que cuando murió el padre, la madre llevó a G., que hasta entonces dormía solo en una habitación, a

---

<sup>63</sup> Lacan, 1953-1954, XI, “Ideal del Yo y Yo-Ideal”, pág. 200.

<sup>64</sup> Mezan, en “Escrever a Clínica”, tiene el mismo raciocinio cuando se refiere al Samba de Lupicínio Rodríguez, pág. 113.

compartir con ella la cama matrimonial. Este hecho, aparte de sobre estimular al niño, reforzó su mandato impuesto por el Superyo: ocupar el lugar del padre.

Este fue el último contacto con el padre. Horas más tarde, cuando telefonearon para darles la noticia de la muerte, G. estaba en casa, la madre se lo explicó pero él parecía no comprender a los ojos de los adultos. Lo que no comprendía era la reacción de la madre que decía odiarle tanto y que se mostraba condolida y desalentada.

Según Sami-Ali, el sentimiento de odio es la expresión de una violencia hasta entonces desconocida, que tiene en la obesidad el deseo inconsciente de destruir al padre, destruyéndose a sí mismo, de castrarlo, castrándose<sup>65</sup>.

El malestar en el estómago era la respuesta del cuerpo para convertir la culpa en algo que fuera materialmente manejable y que permaneciera fuera del alcance del consciente, porque de lo contrario se autoinculparía y probablemente se desestructuraría. El dolor estomacal le servía para recordarle el dolor de la responsabilidad de ser culpable por la muerte del padre, culpable por el parricidio.

---

<sup>65</sup> Sami-Ali, pág. 52.

Un sentimiento de culpabilidad invade violentamente su Yo, como si fuera él el culpable por la muerte del padre. Se desvanece en llantos y arrepentimientos. Se consuma el parricidio: *soy yo el culpable por la muerte de mi padre* – sentimiento de culpa generado por una representación imaginaria de la realidad.

Reportándonos a la obra de Dostoyevski, *“Los Hermanos Karamázov”*, Dimitrí – así como el Sr. G. – se culpaba por la muerte del padre, y mismo inocente es condenado y acepta la expiación. Haciendo hincapié con Dominique, se denota que no se trata del sufrimiento de un único hombre, tratase del sufrimiento de un único niño.

Renato Mezan propone que la lógica metapsicológica sobre la culpa imaginaria revela que en la fantasía del hijo existe la idea de haber ofendido al propio padre.<sup>66</sup> Así el padre aparecerá para él como un padre vengativo en forma de un Superyo inculpatório. La imagen del padre está suficientemente idealizada para que el niño hubiera cumplido la tarea de separarse de ella. El hijo tiene tan idealizado al padre que no puede separarse de esta imagen idealizada por redimir su culpa. En el imaginario<sup>67</sup> del niño existe una culpa por el daño al padre. Para redimirse del “peso” de la culpa, idealiza la imagen del padre y le pone en posición de poder, eso es de Superyo, como voz de la consciencia que le dirá que

---

<sup>66</sup> Renato Mezan, *“Escribir la Clínica”*, 1998, pág. 115.

es lo cierto y lo errado, que le acordará siempre de aquella culpa y de la obediencia que le debe a él por esto.

El odio y amor, alegría y tristeza, lo siente todo a la vez: alegría de que su deseo finalmente se hace realidad, de estar vengado de todas las maldades, concomitantemente se funde y se confunde con la tristeza por el sentimiento de abandono, de culpabilidad y por el remordimiento.

Se refiere a un recuerdo sobre estar en la habitación de su madre, tumbado, ella a su lado y *mucha gente circulando*, eso es, entrando y saliendo de la habitación, hablando mucho, mirándole con pesar.

Consternados comentaban con su madre sobre el difunto padre, un hombre tan joven, trabajador, dedicado a la familia, tan buena gente, con tanta vida por delante, no merecía lo ocurrido. Me han dicho que a partir de ahora yo pasaría a ser el hombre de la casa y yo me siento pequeño y frágil para toda esa responsabilidad. Mi papá era grande y no me sentía capaz de sustituirle. Se siente culpable por tener que sustituirlo, es como si mi deseo hubiera decidido - el deseo de muerte se tornara realidad. Aquí surge el sentimiento de culpabilidad como

---

67 En el Caso Clínico del Sr. G. lo imaginario está infiltrado en cada recodo de la vida del sujeto, igual ocurre en Dostoyevski y sus excepcionales obras.

aceptación de la responsabilidad frente a sí mismo y, como resultante de la auto-evaluación que el propio sujeto hace de sí mismo.

De repente dijo sentirse igual de mal, con mucho miedo de las personas, que luego relacionó con su dificultad para hablar a las personas, como si aquella gente que estuvo en la habitación en el día fatídico estuviesen hablándole en el presente momento. Hácese consciente de un sentimiento de inferioridad relacionado con la condición de niño pequeño que desea tan abominable fin a un hombre tan honrado. El malo de la historia al final ya no era más el padre y sí el hijo. El parricidio, obviamente imaginario, empieza a tornarse consciente.

El sujeto encuéntrase en este momento en una polaridad: por un lado hay un niño deseando ser adulto para no conectarse con el deseo parricida; por otro hay un adulto esforzándose en mantenerse niño para que no le pase lo mismo, o que su propio hijo termine por desear su muerte<sup>68</sup> y también, para no sentir el peso de la responsabilidad sobre la culpa de ser un parricida. Por eso decía ser difícil sentirse propiamente una persona adulta, que relaciona de igual forma a la escena de la pelea entre los padres, explicando haberse sentido inferior e incapaz de evitar la pelea. No quiere ser adulto para no tener el mismo tipo de dificultad: errar con el hijo o ser víctima de un deseo parricida.

---

<sup>68</sup> La presencia de su propio hijo hacía más presente y más próxima la imagen del “niño criminal” y sus deseos de muerte con consecuente remordimiento y sentimiento de culpabilidad. El temor que sentía el Sr.

Esto nos reporta a Dostoyevski, tan intenso era su sentimiento de culpabilidad, que pasó toda su vida perseguido por el miedo, por haber odiado al padre y deseado su muerte. Miedo que los muertos se vengasen de su deseo de muerte con la propia muerte. Semejante temor sentía el Sr. G. con respecto a su propio hijo: que su deseo de muerte fuera castigado con su propia muerte.

Las personas que estuvieron en su casa en el día en que se enteraron del incidente y posteriormente en el velatorio de su padre, comentaban que a partir de aquel momento él sería el hombre de la casa, que tendría que cuidar de la madre y de las hermanas igual que su padre. Esto le hizo pensar: *yo soy pequeño, no soy capaz y tampoco soy buena persona o lo suficientemente bueno para eso.*

Se le notan claramente los “registros” destructivos<sup>69</sup>, las “falsas creencias”<sup>70</sup> que le ayudaron a mantener vivos en su interior los sentimientos de culpabilidad por el parricidio: ser un niño malo, carecer de calidades suficientes para ser amado, denotando un sentimiento de rechazo; en ser abandonado,

---

G. con respecto a su propio hijo - que su deseo de muerte fuera castigado con su propia muerte -, me recuerda a Dostoyevski: él tenía miedo que los muertos se vengasen de él.

69 La infancia de Dostoyevski y de este niño, fue marcada por experiencias que les llevó a una creencia de que el dolor y el sacrificio es el único camino para la obtención del placer. La necesidad de sufrir, originarias de fantasías destructivas contra sí mismo - el masoquismo moral - les permitían ser humillados, manipulados y sometidos al sufrimiento.

70 Castilla Del Pino, en su obra “*El Delirio un Error Necesario*”, plantea la culpa como compuesta por una creencia proveniente de la realidad interna del sujeto, y se evoca aquí que el verbo creer presupone no asegurar. La culpa depende de cómo el paciente interpreta su realidad emocional. Se entiende por realidad la situación en la que el sujeto se encuentra y en la que actúa consigo mismo o con los demás. El juicio de realidad para el culpado depende de su realidad interna, de la verosimilitud y de la interpretación del objeto. El recuerdo de los objetos internos es una representación. No nos relacionamos del mismo modo con un objeto exterior que con el recuerdo del objeto, aunque sea de contenido idéntico. El sujeto hace juicios de realidad no solo sobre objetos sino sobre sí mismo y el juicio de existencia implica la discriminación y la interpretación del objeto como interno o externo. De los objetos que nos interesan hacemos juicios interpretativos posteriores. “Todo lo verificable (o que pueda serlo) es (o que puede llegar a ser) evidente; todo lo verosímil es creencia”. El grado de verosimilitud posee la interpretación de aquél que se siente culpable.

incompetente e incapaz de cambiar las cosas, sea conquistando el amor de alguien o siendo conquistado; de ser un buen padre o de conseguir mejor trabajo. Resurge el sentimiento de inferioridad y de culpabilidad como responsabilidad, porque al final, él jamás podría sustituir a un padre “tan perfecto” siendo él un parricida.

Como Nietotchka, acusaba al padre de ser el verdugo de la madre y se condena, se culpa por ello, ya que le estaban diciendo lo contrario, lo que era confirmado por las reacciones de la madre.

Se consideró éste como el momento de máxima urgencia dentro de la sesión: fueron muchas las veces que el paciente deseó la muerte del padre para que cesaran los sufrimientos con las agresiones, y justo en el día anterior al incidente, el padre había hecho una demostración de todo su carácter, que le trajo a la superficie todo el odio por él, y exactamente al día siguiente, el padre parte lejos, ofreciéndole una buena oportunidad de desear que realmente desapareciera para siempre. Pensaba que su odio lo había matado y tenía miedo que su madre, esposa e hijo permaneciesen enfadados con él y no le quisieran jamás. Nos recuerda Del Pino que el culpable actúa como si su imaginación fuera real.<sup>71</sup>

---

71 Castilla Del Pino, “*El Delirio un Error Necesario*”, pág. 29.



Esta sesión es paradigmática de la importancia de la reconstrucción de la realidad pretérita como clave para el proceso curativo de la somatización del sentimiento de culpabilidad.

Algunas intervenciones, interpretaciones y elucidaciones contribuyeron a que el sujeto, en apercibiéndose de todo eso, concluyera: *tengo consciencia de que el único motivo de la muerte de mi padre fue su problema de salud. - mi padre murió del corazón y no porque me imaginé cualquier cosa. Yo soy capaz de proteger a mi familia, soy una buena persona y manejo mejor mis sentimientos. Amo a mi padre, y lo sé hoy que sería mejor con él, sería mejor que no se hubiera muerto. Siempre deseé que viviera. Para dilucidar esta cuestión le pregunté: ¿siempre? Es verdad que sí, que deseé muy intensamente su muerte pero lo que deseaba realmente era la muerte de aquel hombre que me pegaba a mí y a mi madre, que era malo con nosotros. Que sólo era buena persona cuando partía de viaje o cuando nos dejaba a todos o aún cuando estaba a punto de dejarnos. Su inconsciente se hace consciente - igual le pasó a Nietotchka - cuando se pone a interpretar el valor simbólico de sus palabras, pensamientos y sentimientos: yo también puedo ser grande - intervengo para que pueda darse cuenta de que ya es grande o mejor adulto - yo soy grande y soy todo lo que eso representa: responsable, joven, bueno.*

El miedo a la responsabilidad se hace fijo en su inconsciente, generando confusión por ambigüedad de afecto sobre la relación de amor y odio que había experimentado en el transcurrir de su vida. No deseaba ser igual al padre

por odiar su actitud para con la mujer y los hijos. *Si él era una buena persona, por qué yo le tenía tanto odio, y si él era tan joven no tenía por qué morir.*

Para el niño hubo muchas cosas que habían quedado sin comprender, como la idea de que su padre se había muerto por la realización de su deseo parricida y edipiano. Asimiló que no era capaz de proteger a su familia por ser un niño pequeño y siguió cumpliéndolo.

En esa sesión se ha reproducido el acontecimiento traumático que ocultaba, o sea, mantenía inconsciente el núcleo causal de culpabilidad, un sentimiento de culpabilidad imaginaria responsable por la mayoría de sus problemas actuales. El sujeto reprime lo Imaginario que ocasiona formas de somatización. Tras haber desaparecido el padre, G. vive un periodo de duelo. Ocurre una negación de la pérdida y una negación de su deseo de muerte y esa negación no tarda en manifestarse en la forma de una depresión enmascarada. La memoria ya no retiene imágenes. Los contactos carecen de profundidad y todo se para en torno a un terrible sentimiento de culpabilidad, envolvente tanto cuanto impalpable. Luego, vivir se tornará problemático con una compulsión alimentaria que le impedía acceder al inconsciente y al verdadero motivo de sus aflicciones.

La depresión se desvanece, empero, deja secuelas orgánicas, como si la represión prolongada del trauma no tuviera suficiente fuerza para impedir la revolución de toda la fisiología del cuerpo real.

Finalmente emerge a la superficie el Yo Real, el *verdadero* G. con su sentimiento de culpabilidad imaginario y sus deseos inconscientes. Con la rememoración de la escena traumática, ocurre un avance significativo del estado del Sr. G, como venia ocurriendo, entretanto éste mi diálogo analítico con el paciente no produjo en su estado la inmediata modificación fundamental de su estado – como veremos más adelante - que yo esperaba.

El Sr. G. le guardaba odio al padre por sus actos de violencia y tiranía, sus frecuentes ausencias y por mostrarse afectuoso y calmo apenas en el momento de la despedida - *“como si alejarse de nosotros le proporcionara alegría”*. A pesar de eso el niño aguardaba esperanzado la vuelta de un padre diferente, el padre de sus sueños que el tren se llevaba.

Explicando el caso Dostoyevski, Freud concluye que el asesinato del padre es considerado el trauma más grave de la neurosis de Dostoyevski, lo mismo ocurre en el caso del Sr. G.. Se considera el *parricidio* la fuente principal del sentimiento de culpabilidad, *aunque no sabemos si la única, pues las investigaciones no han podido determinar con seguridad – hasta el momento - el origen psíquico de la culpa y de la necesidad de rescatarla*<sup>72</sup>. Hasta este momento del tratamiento, el Sr. G. no es consciente del sentimiento de culpabilidad.

El análisis freudiano del caso Dostoyevski cabe perfectamente en nuestro caso clínico en lo tocante a que la base del sentimiento de culpabilidad permanece en el inconsciente por miedo a la castración, debido al deseo de poseer a la madre y suprimir al padre: << (...) y así, por miedo a la castración, esto es, por interés de conservar su virilidad, abandona el deseo de poseer a la madre y suprimir al padre. Mientras tal deseo permanece conservado en lo inconsciente, constituye la base del sentimiento de culpabilidad >>. 73

También en Freud encontramos la idea de que *si la realidad cumple los deseos reprimidos, la fantasía se hace así realidad*. Utilizando las propias palabras de Freud al analizar la epilepsia de Dostoyevski, y haciendo una comparación entre los dos casos, la enfermedad del Sr. G. *entraña el sentido de una identificación punitiva con el padre*.<sup>74</sup> La crisis renal, el dolor lumbar y la obesidad eran síntomas de culpa y máscaras de la depresión. No sólo son máscaras, son también formas fallidas de elaborar la culpa, de afrontarla: llenar el vacío, acallar la angustia, negar la falta del objeto y pagar la culpa provocando también la compasión.

La interpretación de Freud sobre Dostoyevski cabe muy bien en el caso del Sr. G.: si el padre fue severo, violento y cruel, el Superyo toma de él estas condiciones, eso es, el Superyo pasa a ser sádico y el Yo se hace masoquista. Se forma en el Yo una magna necesidad de castigo, que permanece en parte a

---

72 Sigmund Freud, “Dostoyevski y el parricidio”, Obras Completas, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

73 Sigmund Freud, “Dostoyevski y el parricidio”, Obras Completas, Ediciones Nueva Hólade, 1996.

74 Ibídem.

disposición del destino y en parte a satisfacción en el maltrato por el Superyo (sentimiento de culpabilidad). Todo castigo es la castración y como tal, el cumplimiento de la antigua actitud pasiva con respecto al padre. También el destino es tan sólo, en último término, una ulterior proyección del padre. El padre temido será también especialmente violento en la vida real.

En el Yo, permanece la identificación con el padre de forma positiva, y en el Superyo queda el miedo a la castración, odio al padre y deseo por la madre.

Hacer un paralelo sobre el manejo de la necesidad de castigo de Dostoyevski, interpretada por Freud, y la del paciente el Sr. G., llevará a los motivos que estos dos hombres tuvieron para dejarse castigar, en determinado momento, por el representante del padre: en Dostoyevski el castigo del zar y en el Sr. G. el castigo de su jefe. El Sr. G., así como Dostoyevski, también intentaba conciliar las cosas sometiéndose obviamente no a la autoridad del zar sino a la autoridad de su jefe, sustituto del padre transformado en su Super-Yo. En lugar de entregarse al autocastigo se dejaron *castigar por el representante del padre*. Dice Freud, que el Superyo así lo exigía evitando *tener que imponerlo por sí mismo*<sup>75</sup>.

El paciente, para tener presente al “acto criminal” como forma de castigo, autopunición y conducta masoquista, con la finalidad de satisfacer sus

deseos libidinosos y complacerse de haber sido el malhechor al menos una vez en su vida, se penaliza concediendo a su jefe el poder de imponerle castigos imaginarios - “el jefe no me da la oportunidad” - y para recordarle que él estaría siempre en segundo lugar, reforzado por su actitud frente a los colegas de ponerles en primer plan o de permitirles que quedasen en posición privilegiada, poniendo en práctica la cualidad de conciliador y de *aglutinador*.

Semejante a Dostoyevski podemos decir que G. no se vio jamás libre de remordimientos por su primitivo propósito parricida. Tales remordimientos determinaron también su actitud en el sector en el que la relación paterno-filial da la norma. Se encuentra inhabilitado para ejercer el papel de padre<sup>76</sup>. Poco llegó a alcanzar la libertad porque la culpa filial alcanzó en él una intensidad ultra individual, permaneciendo inaccesible incluso a su gran inteligencia<sup>77</sup>.

En el artículo de Freud sobre Dostoyevski hallamos un análisis más, que encaja perfectamente en el caso del Sr. G.: dice Freud que el criminal es para él - Dostoyevski - casi como un redentor, que ha tomado sobre sí la culpa que de otro modo habrían tenido que soportar los demás. El Sr. G. tomó para sí toda la culpa que los demás también tendrían, en ese caso las hermanas y la madre. Sigue diciendo que uno no necesita ya asesinar después que él ha asesinado y tiene que estarle agradecido, pues de otro modo hubiera tenido uno mismo que cometer el

---

<sup>75</sup> Sigmund Freud, “Dostoyevski y el parricidio”. Ediciones Nueva Hólade, Obras Completas. 1996.

<sup>76</sup> *Ibíd.*

<sup>77</sup> *Ibíd.*

crimen. Nadie necesitó haber matado el padre ya que el propio viaje sin vuelta, tan deseado por todos, se encargó de eso.

Haciendo una analogía entre el caso de Dostoyevski y el del Sr. G., el mecanismo de la compasión a que se refiere Freud en el texto, también es fácilmente perceptible en este caso extremo del “poeta-paciente” dominado por el sentimiento de culpabilidad. Así como Freud escribe en su artículo poeta-escritor, me refiero aquí a poeta-paciente por analogía a Dostoyevski-Sr. G..

El mecanismo de compasión aquí retratado estaba también presente en G., por su autocompasión - nadie me quiere, soy incapaz de mantener una amistad, etc. - dominado también por el sentimiento de culpabilidad. A diferencia de Dostoyevski que trata de la función “poética” de la compasión por sus personajes, por los demás hombres, y cierto trabajo de redención por el sufrimiento - el suyo. Es lo que marca la diferencia entre la obra artística y universal, y el síntoma como lenguaje individual.

Con la muerte del padre el sujeto se quedó con el papel de verdugo y el padre el mártir, consolidando el sentimiento de culpabilidad. El análisis facilitó al consciente aminorar las resistencias, aclararle los hechos y las falsas interpretaciones contribuyendo a que notara sus cualidades positivas, cualidades estas que anteriormente sólo admitía existir en el padre: osadía, desprendimiento, versatilidad, seguridad, capacidad de expresión verbal, ser aglutinador - atraer a

las personas -, expresar sus convicciones con claridad. En el análisis se da cuenta de que utilizaba la racionalización para evitar sentirse inferior.

La persistencia de símbolos mnémicos me hizo suponer que integraba no sólo la representación de la escena principal relatada, sino la de otros pequeños traumas secundarios, y, por lo tanto, me dediqué a investigar todo aquello que pudiera hallarse en relación con la escena del tren, de la cama, y de la pelea entre los padres, revisando los temas referentes al sentimiento de culpabilidad, al sentimiento de inferioridad y de incapacidad.

El Sr. G. vuelve en la siguiente sesión mostrándose mucho más consciente, sin embargo, se le notaba que el sentimiento de inferioridad y de culpabilidad seguía atormentándole la vida. Otra vez más el Sr. G. vuelve al mismo conflicto entre el ser y el estar, entre el adulto y el niño, entre el Yo Real y el Yo Imaginario y el Ideal del Yo, revelando abiertamente, sin ocultar sus sentimientos racionalizando: *me siento pequeño, encogido, incapaz, inseguro.*

Continuó la narración: *Hoy en mi trabajo me he sentido así y también con mi familia, principalmente con mi hijo. Parezco ser más pequeño todavía. No sé qué es lo que me pasa. Siento que parte de mis problemas o bloqueos se han resuelto en la sesión pasada, no obstante, me siento igual a cuando he revivido la muerte de mi padre. Persistí en mi propósito e invité al sujeto a hacer un esfuerzo de memoria: las memorias de cuando estaba tumbado en la cama, oyendo voces, abatido, tomándome un té, mi madre*



*conmigo, no me salen de la mente. Se quedó en silencio por algunos instantes y continuó: mi madre un poco me cuida a mí, otro poco habla con las personas. Eso pasó luego de la noticia del fallecimiento de mi padre. No pudo verlo, porque aún se encontraba en la otra ciudad, estaban tomando las providencias necesarias para traerlo. Me duele al estómago. Tengo miedo. La imagen del tren – de la última vez que vio al padre – me perturba la mente. El sentimiento de culpabilidad se manifiesta otra vez más, afirmando su presencia de forma psicósomática, utilizando del estómago como máscara de la depresión, esto es, como vía de expresión.*

El sentimiento de culpabilidad, fruto de un parricidio aunque inconsciente, era la causa de todos los dolores y sufrimientos. Hay un sentimiento de pérdida asociado a ese episodio traumático, que le confunde. Siente alivio por perder al “verdugo” y a la vez se siente el propio verdugo. Ama y odia al sujeto que le robó a la madre, le hizo un criminal y al final termina por abandonarle en el papel de culpable y parricida. Claro está que los niños pequeños no se mantienen ajenos al fenómeno de la muerte. El padre se muere lejos de casa haciendo que la muerte parezca mucho más misteriosa, dejándole menos preparado para afrontarla y aceptarla.

El Sr. G. prosigue: *me molesta acordarme de las personas llamándome el pobrecillo, es como si ellas hubiesen venido apenas para tocarme la “herida”, en el dolor. Desde que se sentó en el sillón y se puso a relatar sus angustias, empezó a “encogerse”, denotando ganas de llorar, sin embargo no llora. En este último*

relato, se da cuenta de que la *sensación de encogido* tenía significado de *abatido, sin acción, pequeño e inferior*. Le hago notar que su cuerpo le responde de la misma manera. De inmediato respira hondo y se relaja espichándose en el sillón. Y sigue: *el día de la "despedida" me parecía ser realmente una despedida, es decir, que jamás volvería a verlo y me pongo muy triste*. Intuye que esa sería la última vez que vería al padre.

Llegamos al final de la sesión con el paciente dándose cuenta del sentimiento de amor que tenía por el padre, aceptándole como era con sus calidades y defectos. Asimila que aunque considerando el lado oscuro de la personalidad del padre, existían características que le habían pasado desapercibidas, como la de estar con la familia siempre que era posible, acordándose del día en que el padre le acompañó al hospital cuando se sometió a una intervención quirúrgica de la apendicitis, notando el cariño y amor del padre para con su hijo.

Se hace evidente que el sufrimiento mayor era proveniente del trauma vivido en el momento de la muerte del padre, quedando los demás elementos de la familia – madre y hermanas – en un plano secundario, no entrando en ese caso clínico debido a su traslado.

Pasados algunos días de este último análisis volvió el Sr. G. a visitarme, y le pregunté qué tal se encontraba en cuanto a los temas de la última

sesión, pues lo encontré bastante cambiado. Su postura anteriormente encorvada se erguía ahora completamente, ya se hacía notar el adelgazamiento, y presentaba un semblante más sereno pero todavía con rasgos de desasosiego.

*Comprobé que había desaparecido la opresión que me atormentaba todos estos años.* Hago mención al rasgo de incomodidad que se le notaba incitándole a comentar sobre esto. Dijo encontrarse muy bien de todo, lo único era que otra vez más al hablar con su hijo tratando de darle límites – lo que le exigía poner en práctica su papel de padre - sintió una presión en el estómago y eso le hizo *cambiar un poco de ánimo*. El proceso psicossomático se hace presente como una señal de alerta para detenernos en la búsqueda de algún motivo más que se quedó atrás.

Consolidamos sus logros con el análisis retomando sucintamente los temas responsables de las consecuencias de su sufrimiento y volviendo a aclarar la causa fundamental de su trauma, para “limpiar” el camino que seguramente llevaría a descifrar el lenguaje simbólico del estómago.

Lo ocurrido entre él y su hijo, hecho que estuvo lejos de ser traumático, nos hizo volver a analizar el sentimiento de incapacidad de tomar iniciativas y el sentimiento de inferioridad, relacionados a sus miedos de enfrentar su papel de adulto y de su resistencia en abandonar el papel de niño y sus logros secundarios. Le atormentaba el sentimiento de culpa por cogitar la posibilidad de errar como padre y de ser rechazado. Una vez más la metáfora del *pequeño encogido*

se hizo presente cumpliendo con su deber de proteger al sujeto. Esto viene de encuentro a la interpretación psicósomática del estómago relatada anteriormente.

Decidimos retomar los temas sobre el parricidio, el miedo, la confusión entre amor y odio, reforzado por la declaración del paciente sobre que las escenas más fuertes y más traumáticas se asomaban a sus pensamientos aumentándole la sensación de aprieto en el estómago, intensificándole la aflicción.

Cuando el miedo de ser padre se apodera del Sr. G., prontamente el sentimiento inconsciente de culpabilidad emerge enmascarado por enfermedades orgánicas y por la depresión, obnubilando la consciencia. Se tiene claro el papel de la somatización del cuerpo físico en lugar del “cuerpo” emocional y mental del sujeto.

El sujeto se queja de sentir mucha angustia, una preocupación excesiva y una *presión en el estómago y en el pecho*. Se remite inmediatamente a la escena de la cama donde se ve *encogido, lleno de tristeza, y bastante confuso*. Piensa que la madre debería ser cuidada y protegida por él y no al revés, él ser cuidado y protegido por la madre: *mi mamá es la que tiene que ser cuidada; al envés de encargarme yo de cuidar de mi madre es ella quien me cuida a mí*. Mientras tanto es lo que a él se le asoma en ese instante y se apercibe actuando egoístamente, deprimiéndose más todavía.

Para hacer más comprensible esta desorganización interna le pedimos que nos aclarara cuáles eran exactamente las memorias, relacionándolas con los respectivos sentimientos. Recuerda la escena de la cama, cuando estuvo enfermo, y suceso del tren acompañado de los mismos sentimientos y reacciones. *Fragilidad, omisión y egoísmo* son las palabras que traducen ese momento. La escena del tren tiene sentimientos opuestos frente a la sensación de que el padre no volvería jamás: tristeza, abandono y cariño. Se apercibió que al padre le tenía mucho cariño porque siempre en el momento de la despedida estaba bien, calmado, amable y afectuoso; y a la vez, repulsa por no poder olvidar las agresiones del día anterior y los malos recuerdos sobre el nerviosismo, tensión y explosiones de ira del padre.

Un sentimiento de impotencia fue establecido en el momento de la escena de la cama vinculado a la propia inmovilidad por la enfermedad, impotencia frente al hecho de haber “matado” al padre y por la imposibilidad de satisfacer sus expectativas de sustituirlo.

El sujeto cuenta que una tercera escena contribuye a intensificar su confusión mental y sus angustias: la parte que dice respecto a la despedida en la estación de ferrocarril. La situación traumática encuéntrase dividida en tres etapas acompañadas de distintas escenas y diferentes sentimientos: la escena de la pelea le trae el significado del padre malo junto al sentimiento de odio y al deseo de muerte; la escena de la despedida le suscita la imagen del padre bueno y el sentimiento de amor y de abandono; la escena de la cama le traduce el significado

del padre bueno y malo que se funden y le confunden, haciéndole sentir amor y odio, deseo de muerte y culpa.

Explicando el sentimiento de abandono, cuando el padre parte para el viaje el niño siente la pérdida, echándole de menos. Las imágenes de un padre agresivo, tenso, peleón, violento, se mezclan a las de un padre sereno, bueno, querido, que se está yendo con el tren. Al recuerdo se asoman el miedo de morir y dejar a su hijo en el desamparo: *miedo de que yo me vaya y que mi hijo se quede solo*. Otro miedo es el de repetir los pasos del padre siendo tirano con el hijo.

La figura del padre del Sr. G. es el prototipo del padre de Dostoyevski: tiránico, agresivo y austero. Era ausente como presencia física y en la función paterna, haciendo el niño sentirse abandonado y rechazado. El niño tuvo un padre que, o estaba ausente - trabajando en el Hospital, en el caso de Dostoyevski; viajando, en el caso del Sr. G. - o se hacía desconocido o estaba muerto.

Es difícil a un niño de la edad de cuatro o cinco años, incluso menos, asimilar la muerte, por no ser capaz de concebirla como un fenómeno natural - tampoco a los adultos les resulta fácil. Percatarse de que él mismo morirá algún día le facilitaría la aceptación de la muerte y podría manejar con mayor facilidad la espeluznante impotencia que eso le provoca.

La sesión llega al final con un nuevo significado sobre el evento traumático: *mi padre era una persona normal, buena, con cualidades y defectos que yo amo.*

Remitiéndome a Freud, *en un principio parece extraño que sucesos tan pretéritos puedan actuar con tal intensidad; esto es, que su recuerdo no sucumba al desgaste, al que vemos sucumbir todos nuestros demás recuerdos*"<sup>78</sup>.

Se seguían sesiones cada vez más interesantes. En una de ellas se trabajó el tema con respecto a una queja inicial del día y que tenía una estrecha relación con el motivo de su primera consulta: sentimiento de impotencia e inferioridad que le causaba dificultades para tomar decisiones.

Observándose que el paciente parecía continuar vinculado al significado simbólico de la palabra "*encogido*" utilizado en sesiones anteriores, creí ser provechoso volver al tema que había envuelto tan significativa metáfora. El paciente centró su atención en sus miedos y su sentimiento de inferioridad, cuando tiene que poner a prueba sus capacidades y su afectividad. La racionalización y metaforización utilizadas eran fruto de la comunicación confusa y de doble vínculo proveniente del medio terriblemente opresivo de los padres.

Branden concede que *el modo en que tratamos a los demás suele reflejar el modo en que nos tratamos a nosotros mismos*<sup>79</sup>, ya que la regulación de lo Imaginario

*depende mucho del vínculo simbólico entre los seres humanos y vice-versa. Complementando la idea, a juzgar por Lacan el Ideal del Yo dirige el juego de las relaciones del que depende toda relación con el otro.* 80

El paciente empieza el diálogo analítico quejándose: “yo no consigo pedir nada para mí”. Le había aparecido una oportunidad de ascensión profesional y el Sr. G. no supo reivindicarla. Se le nota aquí su redundancia. Dijo que *cualquier cosa que a él le pareciera rara*, le hacía *encogerse*. Explicándose mejor, elucida que siempre que algo le parezca amenazador, donde se vea obligado a exponer sus ideas y a luchar por sus objetivos, se siente mal y un tanto amedrentado. Encogido, significaba para él ser pequeño. Para aclarar aún más, en lenguaje simbólico, el sujeto se compara a un animalillo, *un bichito-bola*<sup>81</sup>. Le pregunto si estaría refiriéndose a un animal llamado tatú-bola<sup>82</sup> (*tolypeutes tricinctus* - animal pequeño, que tiene tres especies de cinturones de placas extremadamente duras y resistentes, que se mueven y que le permite enrollarse en forma de bola) que, cuando es amenazado o siente miedo se protege de los depredadores transformándose en una bola, y me dijo que sí. Me pareció interesante que el paciente se dejara llevar por el raciocinio simbólico a través de la libre asociación para que al final pudiera relacionar con la realidad los elementos metafóricos,

---

78 Freud, 1967, II “La Histeria”, Volumen I, pág. 27.

79 Nathaniel Branden, “El respecto hacia uno mismo”, 1997, pág. 47.

80 Jacques Lacan, “El Seminario de Jacques Lacan”, Libro 1: Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954, IV “Ideal del yo y yo ideal”, 1981, pág. 213 y 214.).

81 Dentro de las Tipología de Jaensch, el sujeto aquí se encuadra perfectamente en el tipo psicológico eidético, que son personas que pueden representarse mentalmente los objetos con igual vivacidad y colorido que cuando los perciben visualmente. Para el eidético la imagen que se representa, sean fantasías o recuerdos, tiene igual fuerza, color y relieve que en la vida misma. (J.Rof Carballo, 1955 pág. 103).



notando así mucho más claramente y de forma segura – ya que transformar sus duelos y deseos ocultos le resultaba más seguro – la verdad

El paciente centra su atención en este nuevo elemento que emerge de su inconsciente de manera simbólica y logro preguntarle qué es lo que podría hacer para ayudar al *bichito*. Y contestó: *mostrarle que el animal que se le acercó no representa una amenaza, porque lo que tiene es apenas curiosidad y lo que debería hacer es observar al “adulto” para conocer el procedimiento y sus intenciones*. El acto fallido al cambiar la palabra *depredador* por *adulto* indica claramente por quien teme el sujeto ser *depredado*: es el *niño* que siente miedo de ser sorprendido por el adulto en su culpabilidad. Ante los hombres se feminiza para no entrar en rivalidad: cede él, como en el trabajo, y con su hijo.

Dando continuidad a esta investigación analítica, se hace necesario sugerir al paciente que siguiera en ese contexto simbólico e intentara imaginar el *bichito-bola* comprendiendo y colocando en práctica todo eso, y que a la vez, observara su reacción. El Sr. G. contesta que el *bichito-bola* ahora se siente mucho más a gusto, más seguro. Dijo que el *bichito-bola* empezaba a abrirse y a quedarse totalmente abierto y sin miedo – la mariposa sale del capullo. Tardaba en abrirse por causa del ambiente extraño.

---

82 Imprescindible se hizo aclarar sobre el objeto simbólico para que sacáramos a la luz su significante.

Un feedback sobre estos hallazgos le permite tomar consciencia de que todo lo que a él se le acercaba lo veía como peligroso, se sentía como un niño pequeño, frágil, a merced de los *depredadores*, esto es, de los adultos. Concluye que en *“siendo pequeño es más fácil que las personas se aproximen”*, así como le pasó con la madre y con los amigos del padre, reforzando al sujeto para que, manteniéndose igual a un niño pequeño, le fuera más fácil ocultar su culpabilidad evitando ser acusado y rechazado. Siendo pequeño no puede consumir el incesto ni ser una amenaza para el padre: tiene el pene pequeño o “encogido”.

Cuando intenta acercarse de su hijo, en verdad está acercándose su propio niño, aquél niño amedrentado que se quedó en el inconsciente, que temía al padre y deseaba a la madre. De ahí la dificultad en relacionarse con su propio hijo. Analizo esta cuestión de la siguiente forma: cuando tuvo un hijo, el sujeto se deparó con su propia condición de adulto-niño. El “ser pequeño” o mantenerse como un crío a ejemplo de su apariencia, le trajo ventajas sobre las personas en cuanto al trato afectivo. “Si soy un niño o me parezco a uno, tendré mejores posibilidades de que los adultos me quieran con mayor naturalidad y perdonen mis errores más fácilmente”. Fue exactamente lo que le pasó a él en el momento de la noticia de la muerte del padre: su culpabilidad imaginaria quedó “encubierta” por la niñez.

Una de las maniobras que obstruyen el proceso normal de desarrollo e individuación del sujeto es aferrarse a un estado de conciencia infantil, como

negarse a crecer para evitar compromisos tanto laborales cuánto interpersonales, llevando al paciente a una dificultad en asumir la relación afectiva con su mujer y sus amigos. Dejar sin acabar tareas importantes también es sinónimo de estas maniobras.

Relató al final de esa sesión que se veía con *miedo de no ser capaz de atender a las expectativas de los demás*. Finaliza su reflexión sosteniendo que para él, *ser pequeño* significaba tener la sensación de no sentirse en la obligación de responder como adulto o de asumir responsabilidades, *no poseyendo las características del grande* (adulto). Por no sentirse obligado *a ser grande*, a ser adulto, no asume la culpa por el “crimen” y con eso, no se transformaría jamás en un hombre *malo* como el padre. Se veía como que *muy acomodado*, utilizándose de eso como forma de no arriesgarse en algo diferente. El miedo a arriesgarse tenía el carácter de miedo a lo nuevo, a lo diferente, a dejarse llevar por las cosas que se le ocurrían. Enfrentarse con la muerte también es arriesgarse a lo novedoso, a lo incierto y de ahí el sentimiento de impotencia frente a la muerte.

Para el niño crecer significaba matar a su padre y por esta razón, mantenía vivo al padre permaneciendo niño para siempre. Crecer implicaba la muerte, el fin de su etapa de desarrollo anterior, y evitaba pasar por este proceso de muerte.

Quedó muy claro el motivo de la persistencia de este elemento simbólico en la mente y “corazón” del Sr. G. visto que era representante de una realidad difícil y agotadora: “ser niño” era igual a ser “pequeño”, no apenas físicamente cuanto emocionalmente, lo que hizo registrar en el Yo un concepto de sí mismo no correspondiente con la realidad. El bajo auto concepto le llevó a la baja autoestima. El “ser pequeño” terminó por encubrir sentimientos de inferioridad, de inadecuación, de incapacidad y de rechazo. El sentirse “encogido”, estaba intrínsecamente ligado a su propia condición física de estar preso en un cuerpo de niño sin poder hacer nada que le cambiara esta condición física, lo que consecuentemente reforzó los sentimientos negativos.

Otra interpretación me trajo la siguiente aclaración: “si soy pequeño”, “yo me siento encogido por mi condición de niño, por ser más joven que mi padre y por sentirme *menos que*”. Si “soy pequeño, me encojo por poseer algo que no le gusta a los demás – al padre – y que hace que ellos me rechacen a mí”. Poseyendo algo malo – ser pequeño -; o faltándole cosas buenas – ser adulto, fuerte, que maneja bien las palabras posibilitando comunicar sus sentimientos e ideas y de esa forma siendo respetado -; o no teniendo características que le hicieran ser amado por los demás – capacidad de decisión, de persuasión, etcétera -, resultaría imposible ser amado o deseado. Se trata de la potencia fálica viril: asertividad, creatividad, fuerza, poder: cualidades masculinas.

El final del tratamiento nos trae un Sr. G. cambiado, sin señales de depresión. Crisis renal, dolores lumbares, obesidad, dolores estomacales – gastritis –, son aspectos diversos de una única patología depresiva perteneciente a un proceso psicosomático, producto del sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad y por la identificación con el objeto de deseo de la madre: el padre muerto. El predominio de la relación imaginaria ocurre cuando hay el fracaso de la simbolización de la castración en el período edípico (3-5) porque este es el corte que separa definitivamente el niño de la madre, y despeja su confusión con ella.

Según Freud, representa el símbolo mnemónico de un traumatismo. La alusión al acontecimiento traumático cede lugar al acontecimiento traumático, reconstituido por medio de una temporalidad en que coinciden presente y pasado. Tal reconstitución muestra que el acontecimiento fue *intencionalmente reprimido fuera del consciente*<sup>83</sup>

Volviendo a la sabiduría de Sami-Ali: *para aprehender en su totalidad el fenómeno psicosomático se hace necesario, por lo tanto, determinar el vínculo exacto entre lo Imaginario y determinada forma de somatización*<sup>84</sup>. El cuerpo es modelado por un Imaginario que lo “desrealiza”<sup>85</sup>.

---

83 Freud y Breuer, “*Estudios de la Histeria*”, pág. 84.

84 Sami-Ali, 1995, pág. 48.

85 Sami-Ali, 1995, pág. 47.

El caso del Sr. G., nos remite al análisis de Aberastury sobre un niño de tres años<sup>86</sup>, relativo a los conflictos en cuanto a la elaboración del duelo, destacando cómo fue elaborada la muerte del padre.

En su estudio, Aberastury halla que la muerte del padre provoca en el niño conflictos intensos, entre los cuales aparecen sentimientos de culpabilidad, temor, dolor y añoranza. El equilibrio mental previo las circunstancias de la muerte, a la actitud de los familiares con relación al duelo y la forma como le es comunicado, son factores que entorpecen o facilitan la elaboración del duelo, proceso que por sí sólo es difícil y doloroso de realizar. El Sr. G. presentaba una serie de síntomas que desarrolló por el fallecimiento del padre y que aumentaban con el pasar del tiempo. En el desarrollar del caso veremos que el sentimiento de culpabilidad, según Zabalegui Rodríguez, es para el individuo un mecanismo pedagógico<sup>87</sup>. A pesar de ser producto de su Identidad Imaginaria, es también pedagógico porque ayuda el individuo a conocerse a sí mismo, a desvendar la causa de su problemática. Fue el sentimiento de culpa inconsciente e imaginario que llevó el Sr. G. a buscar apoyo psicológico. Si no fuera este sentimiento los síntomas relacionados con la queja del paciente no existirían, y siendo así, no habría necesidad de tratamiento psicológico.

---

<sup>86</sup> Arminda Aberastury. 1982, pág. 180.

<sup>87</sup> Zabalegui Rodríguez, *¿Por qué me culpabilizo tanto?* 1997, pág. 18.

Evidentemente, el abandono imprevisto del padre y la inseguridad sobre lo que le pudiera pasar a la madre, no estando el padre presente, le hacían temeroso de la repetición del trauma original. Es el incesto, lo que le puede pasar si ahora es él el que ocupa el lugar del padre.

En lo que se refiere a su hijo, temía que repitiendo el comportamiento del padre, su hijo también le tuviera odio y por lo tanto deseara su muerte. Quizá miedo de morir y de quedarse solo, con la culpa por no haber tratado bien al hijo y llevando consigo la realización de un deseo que iba al encuentro a su propia existencia, como le ocurrió a su padre; por eso la dificultad en imponerse o dar límites al hijo. Evidentemente, el abandono imprevisto y la inseguridad sobre lo que pudiera pasar con su hijo, no estando él presente, le angustiaban, temeroso de la repetición del trauma original.

El niño pensó que su odio fue lo que mató a su padre, por eso el miedo a perder el amor de las personas, de su mujer y su hijo. Se mantiene lejos y protegido emocionalmente para que, no queriendo o no dejándose querer, prescindiera del sufrimiento de la pérdida.

Deseó que el padre muriera porque querría tomar su lugar, quería ser como él: el hombre que conquistó el amor de su madre. Se sentía temeroso en ser igual al padre porque la madre sentía una dualidad de amor y odio. Temía que siendo igual al padre, la madre también desearía su muerte y lo mismo le pasaría a

su hijo. El Sr. G. expresaba su necesidad de identificarse introyectivamente con el padre arquitecto, por ejemplo, sinónimo del padre vivo y determinado, para negar tanto la pérdida del objeto amado como su propio temor a la muerte. Su culpa le llevaba a autopunirse con las somatizaciones, enfermando el organismo y privándose de la coexistencia social saludable, del amor de su hijo y de su mujer. Concluyendo el análisis de esta tesis, se puede decir que los sentimientos de culpabilidad están relacionados a los instintos agresivos, con el deseo de muerte (con la pulsión de muerte). Se puede relacionar este conflicto con el objeto Imaginario como propio de la identidad pre-edípica - dual, no simbólica, imaginaria -, donde el Yo está identificado imaginariamente al objeto. El conflicto Edípico rompe esta igualdad Yo = tú, y cambia la culpa imaginaria (existencial) por la culpa Edípica. El Yo no se culpa ya por no cumplir el deseo de la madre, sino por hacerse daño a sí mismo o a otro, por transgredir una prohibición.

No lloraba para poder ser como el padre - el hombre no llora - y también porque llorar por el padre le suponía aceptar su muerte y su afecto por él. En aceptándolo se sentiría todavía más culpable. El fracaso de la defensa maníaca impuesta por el juicio de realidad le hacía enfrentarse otra vez más con su culpa, de la cual se defendía trasformándola en autoagresión a través de la psicosomatización.

El sentimiento de culpabilidad según Freud, surge cuando el individuo practica un delito contra alguien o contra sí mismo. Obtiene alivio



mental encontrando o provocando un motivo para sentirse culpado, o de otra forma desencadenando una somatización a fin de obtener un castigo y punirse, para desviar la atención del dolor emocional. La presión interna es tan grande e insoportable que el cuerpo no aguanta y enferma – la culpa “deteriora” el cuerpo<sup>88</sup>. Este pensamiento de Freud viene a coincidir con el de Renato Mezan de que el dolor físico exige alivio inmediato, como imperativo de la autodefensa y de la supervivencia, porque cuando sufrimos en el cuerpo, no podemos pensar en otra cosa. De esta manera el sujeto psicosomatiza el sentimiento de culpabilidad para transformarlo en dolor físico, como forma de expurgar la culpa, evitando de esa manera no detenerse en su real significado. Por eso, el sentimiento de culpabilidad mal elaborado agrava la enfermedad mental y física<sup>89</sup>. La culpa termina haciendo catarsis en la enfermedad psicosomática.

La culpa se presentó como un resultado de la división entre el placer y el goce. La culpa supone cierta aceptación de la limitación al goce. Al transformar la culpa en dolor físico, triunfa el goce narcisista sobre el placer, que es propio del principio de Realidad y de la Ley. El placer está en ocupar el lugar del padre y el displacer en consumir el incesto. El problema más profundo, seguramente, es que el Sr. G. está identificado al deseo hostil de la madre con el padre, a su propia rivalidad femenina. Si ocupa el lugar del padre, entonces, pierde el amor de la

---

<sup>88</sup> Ver Freud, en “*Criminosos en consecuencia de un sentimiento de culpabilidad*” y el artículo de Eva Nick, pág. 109.

<sup>89</sup> Renato Mezan, “*Escribir la Clínica*”, pág. 3 y 68.

madre. Esto es lo que ve muy bien Dostoyevski cuando habla del carácter de “víctima” del que comete el crimen, víctima del deseo inconsciente de otro.

Le agradaba al niño tener que ocupar el lugar del padre, por suponer la realización de sus deseos edípicos, entretanto le producía en el fondo una gran angustia, en cuanto era una imposición del Superyo, puesto que considerando su edad, no lo podía realizar<sup>90</sup>. El Ideal del Yo (Edípico) no obliga a “ser” el padre, sino a “ser como” el padre – identidad simbólica.

El caso del Sr. G. que en su extraordinario sentimiento de culpa inconsciente “mató” al padre en el momento de la despedida, por el deseo consciente de muerte y ella, la madre, consintió dándole su aprobación callada, omitiendo su odio y su deseo de muerte. Esto nos hace recordar a Dostoyevski, que en su obra *“La Logeuse”*, revela que *a pesar de su amor siempre estaría separado de ella*, desnudando así un amor imposible que alimentaba en secreto por la madre, sabiendo que si así lo hiciera, acabaría por sentir el peso del castigo por la culpabilidad. En la misma obra refiere que Mourine la mató – a la madre – *pero ella* (Katerine) *lo había consentido en su corazón*. Se nota que la madre – de ambos: Dostoyevski y Sr. G. -, manipulaba al hijo utilizándole como apoyo y complicidad en su perverso deseo de destruir al sujeto que la tiranizaba.

---

<sup>90</sup> Aberastury, pág. 185.

Tanto el Sr. G. como Dostoyevski, se tenían como asesinos del propio padre: hombres dominados por el sentimiento de culpabilidad por haber deseado la muerte de su propio padre, deseo que terminó tornándose realidad. Es también concebible que esa intensidad de la culpa que se da en ciertos casos muy graves, quizá no deba achacarse sólo a la culpa edípica o propia del Ideal del Yo (por desear la muerte del Padre, en tanto “poseedor” de la madre) sino que puede ser aún más profunda. La Culpa, digamos, procedente del Yo Ideal que recae sobre el Yo por no ser uno mismo el objeto del deseo insaciable, narcisista, de la madre y/o el padre, cuando se hallan sumidos cada uno en su propia queja por no obtener de ningún objeto la plenitud imaginaria.

El tratamiento del Sr. G. fue interrumpido por motivo de cambio de ciudad – solicitó a la empresa una transferencia para una ciudad que le complacería más y para una función laboral en lo que tendría la oportunidad de ascender profesionalmente. Es de substancial importancia resaltar que el Sr. G. tenía dificultades con figuras de autoridad, inclusive hacía años que deseaba trasladarse a otra ciudad, tanto por estar en un sitio donde se sintiera más a gusto como en búsqueda de una ascensión profesional, y no se sentía capaz de alcanzar. En la ocasión fue esclarecido al sujeto que a pesar de que los síntomas hubieran desaparecido y de haber logrado cambios significativos, todavía no se podría considerar terminado el análisis.

El Sr. G. empezó a elaborar más normalmente la muerte a partir del momento en que decidió aceptar la pérdida, apoyándose en los contenidos tornados conscientes de forma metafórica y simbólica.

Toda la primera parte del tratamiento se caracterizó por la aparición, a través de diferentes metáforas y simbologías, del sentimiento de culpa por la muerte del padre. La interpretación reiterada de la muerte del padre trajo, aparte de una disminución y alivio de la culpa, el surgimiento de una fantasía angustiosa para el niño.

El hecho de que el análisis fuera interrumpido cuando se había elaborado la muerte del padre, pero no totalmente los conflictos con relación a la madre y su mujer explican que, al presentarse una situación similar a la traumática original, el Sr. G. podría presentar nuevos síntomas, lo que obviamente no se pudo confirmar<sup>91</sup>. Por otro lado, puede persistir la dificultad para solucionar la relación con su esposa, o con otras mujeres, como una forma de repetición del conflicto.

En todo el periodo del tratamiento el sujeto dejó inmaculada la imagen de la madre. Cuando el sujeto estaba pronto a trabajar en análisis ese tema fue trasladado a otra ciudad, imposibilitando la continuidad del tratamiento. Recordamos que semejante hecho se le pasó a Dostoyevski que tampoco reveló mucho sobre su madre, deteniéndose en redactar en la gran mayoría de sus obras,

---

<sup>91</sup> Aberastury, pág. 188.

personajes relacionados a la problemática con la figura paterna y sus deseos parricidas.

Es notorio que el cuerpo o soma responde a las emociones de distintas maneras. La emoción, sentimiento intenso, agradable o pesadoso, influye, poderosamente, sobre varios órganos, aumentando, alterando o disminuyendo sus funciones. La somatización es la transformación de un conflicto psíquico en una enfermedad orgánica. Los conflictos psíquicos reprimidos encuentran en el soma, una manera para expresarse. Muchas veces el síntoma y la enfermedad son utilizados como forma de comunicación, como un pedido de socorro. El cuerpo expurga el dolor emocional – la culpa - que se tornó insostenible.

Sentimientos de culpabilidad, incapacidad o baja autoestima, así como los afectos, la tristeza y la alienación mental transitoria pueden causar manifestaciones corporales como: taquicardia, insomnio, dolores lumbares, disminución en la libido, disfunciones gastrointestinales, déficit en el sistema inmunológico. Lo psíquico afecta a lo corporal, y lo que sucede en el cuerpo afectará a lo psíquico. El enfermo corporal psíquicamente sano, se curará mucho antes que otro paciente corporal que no utilice este tipo de defensa.

## A. Bibliografía

- ABERASTURY, Arminda. 1979. Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina. Trad. Portugués 1982: Psicanálise da Criança - teoria técnica. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, Brasil.
- ABC's OF THE HUMAN BODY, The Reader's Digest Association, INC., Pleasantville, N.Y., USA. Trad. Español 1996: ABC del Cuerpo Humano, Selecciones de Reader's Digest, Madrid.
- ALEXANDER, Franz. 1987: Psychosomatic Medicine - Its Principles and Applications. W.W. Norton & Company, Inc. New York. Trad. Portugués 1989: Medicina Psicosomática, principios e aplicações. Artes Medicas: Porto Alegre.
- BLEICHMAR, Hugo. B. y DIO BLEICHMAR, Emilce 1988. La Depresión: Un estudio psicoanalítico. Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- BODYWORKS, Softkey Multimedia Inc. Windows. (1993 - 1995). Corp. Sound Blaster.
- BRANDEN, Nathaniel. 1983. Honoring the Self. The Psychology of Confidence and Respect, Brantam Books, New York, USA. Trad. Español 1997: El Respeto Hacia Uno Mismo. Paidós, Barcelona, España.
- BRANDEN, Nathaniel. 1980. The psychology of romantic love, Bantam Books, New York, USA. Trad. Portugués 1998: A Psicologia do Amor. Editora Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, Brasil.
- BUCH, M. 1989) "The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy". *Bull Menninger Clinical*. Mar; 53(2): 97-107.
- CARNEIRO, A. 1989. *Manual de Hipnose*. Editora Resenha Universitaria, São Paulo, Brasil.

- CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1991. *La Culpa*. Alianza Editorial S.A.: Madrid, España.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos 1998. *El Delirio, un Error Necesario*. Ediciones Nobel: Oviedo, España.
- CONDRAU, Gion. 1962. *Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie*, Verlag Huber, Bern. Trad. Español 1968: *Angustia y Culpa*, Problemas fundamentales de la psicoterapia. Editorial Gredos, Madrid, España.
- CRASILNECK, H. B., y HALL, J. A. 1985. *Clinical Hipnosis: Principles and Applications*, Grune & Stratton, Inc.: Orlando, USA.
- DEPRATI, Dora. 1998. "Un Caso Clínico de Sometimiento Masoquista a Personajes Patológicos". *Clínica y Salud*, vol. 9 nº 2 – págs. 519-531.
- DSM-IV *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 1994. American Psychiatric Association: Washington, D.C, USA. Trad. Portugués 1995: *DSM-IV Manual Diagnostico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Artes Medicas, 4ª ed.: Porto Alegre, Brasil.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Problemática del Cambio de Valores en la Mujer". *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 45 (1), 91-101.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Abandono de los Valores Paternos". *Infancia y Aprendizaje*, 1992, 57, 67-88.
- FREUD, Sigmund. 1990-1993. *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Versión electrónica 2.0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade; 1968: *Obras Completas*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- FROMM, Erich. 1959. *Sigmund Freud's Mission*. Harper & Row Publishers: New York, USA. Trad. Portugués 1976: *A Missão de Freud, uma análise de sua personalidade e influência*. 3ª ed., Zahar Editores, Rio de Janeiro, Brasil.
- FROMM, Erich. 1979. *Greatness and Limitations of Freud's Thought*. Trad. Portugués 1980: *Grandeza e Limitações do Pensamento de Freud*. Zahar Editores, Rio de Janeir.
- GOODWIN, Donald W. y GUZE, Samuel B. 1979. *Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, Inc.: New York/Oxford. Trad. Portugués 1981: *Diagnóstico da Doença Mental*. Editora Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.

- GREGORY, Richard L. (ed) 1987. *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford University Press, Reino Unido. Trad. Español 1995: *Diccionario Oxford De La Mente*. Alianza Editorial, S. A.: Madrid, España.
- GRINBERG, L. 1994. *Culpa y Depresión*. Alianza Universidad: Madrid, España.
- JAMPOLSKY, M.D., Gerald G y cols. 1985. *Goodbye to Guilt*. Bantam Books, New York, USA. Trad. Español 1992: *Adiós a la Culpa. La magia del perdón*. Los libros del Comienzo: Madrid, España.
- JARAMILLO, Javier. "El Sentimiento de Culpa, el Superyo y la Pulsión de Muerte". *Revista Colombiana de Psicología*. Publicación del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, MCMXCII, N°1, pág. 30 - 37.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. 1994. *Synopsis of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. Trad. Español 1996: *Sinopsis de Psiquiatría*. Panamericana: Madrid, España.
- KELEMAN, Stanley. 1985. *Emotional Anatomy - The Structure of Experience*, Trad. Portugués 1992: *Anatomia Emocional*. Summus Editorial: São Paulo, Brasil.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1969. *On Death and Dying*. Trad. Portugués 1989: *Sobre a Morte e o Morrer*, Martins Fuentes: São Paulo, Brasil.
- LACAN, Jacques. 1975. *Le Séminaire de Jacques Lacan*. Livre I: *Les écrits techniques de Freud, 1953-1954*. Éditions du Seuil, París, Francia. Trad. Español 1981: *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 1: Los Escritos Técnicos de Freud, 1953-1954*, Paidós: Barcelona, España.
- MALDONADO, M. T. P. 1989. *Comunicação Entre Pais e Filhos, a linguagem do sentir*. 12ª edición. Editora Vozes: Petrópolis, Brasil.
- MEZAN, Renato. 1998) *Escrever a Clínica*. Casa do Psicólogo: São Paulo, Brasil.
- NAVARRO-BELTRÁN, Estanislao (coord.) 1996. Primera edición: 1918. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Masson, S. A., 13ª ed.: Barcelona, España.
- NICK, Eva. 1983 "¿Culpa ou Preocupação?". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Fundação Getúlio Vargas: Rio de Janeiro, Brasil. Vol. 35 (3): 105 - 130, Jul./ Set.



- ROF CARBALLO, Juan. 1955. *Patología Psicosomática*. Editorial Paz Montalvo, Madrid, España.
- ROSSI, Ernest Lawrence. 1993. *The psychobiology of mind-body healing - New concepts of therapeutic hypnosis* Trad. Portugués 1994: *A Psicobiología de Cura Mente-Corpo*. Editorial Psy II: São Paulo, Brasil.
- SAMI-ALI. 1987. *Penser le Somatique: Imaginaire et pathologie*, Bordas, París, Francia. Trad. Portugués 1995: *Pensar o Somático: Imaginário e Patologia*. Casa do Psicólogo: São Paulo, Brasil.
- SOIFER, Raquel. 1978. *Psicodinamismos de la Familia con Niños*. Trad. Portugués 1983: *Psicodinamismos da Familia com Crianças*. Terapia familiar com técnica de jogo, Editora Vozes: Petrópolis, Brasil.
- TELLENBACH, H. 1974. *Melancholie*. Springer-Verlang: Berlín. Trad. Español 1976: *La Melancolia - Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patogenia y clínica*. Ediciones Morata. (Cap III): Madrid, España.
- WATKINS, J.G., y WATKINS, H. (1983). "Hypnotherapy", en C.E. Walker (ed), *The Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research and Practice*, Illinois, Dow Jones-Irwin.
- ZABALEGUI RODRÍGUEZ, L. 1997. *¿Porqué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A., Bilbao, España.

## **VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **Método**

En esta tesis doctoral se utilizó el método psicoanalítico desde un marco teórico estructural, se realizó una revisión de las principales teorías acerca de la culpa, así como su contrastación con dos textos: un caso clínico y una obra literaria. El análisis estructural no opera con los momentos evolutivos de aparición de determinados significantes -o su sentido- ni con la intensidad del conflicto, sino sobre textos en los que se pone en juego toda la estructura de un modo sincrónico, es decir, en un mismo tiempo o a través del tiempo. De este modo se justifica la utilización de diferentes textos: las relaciones de objeto en la obra y en la vida de Dostoyevski, el discurrir del Caso Clínico del Sr. G, la enfermedad misma y las fantasías en torno a ella, comparecen aquí en tanto textos. Lo que tienen en común es la aparición en todos ellos de una estructura de relación de objeto, mediante la que se generan las relaciones del sujeto consigo mismo – su propia identidad- y con el mundo.

En la realización del trabajo se ha procedido a la revisión de datos documentales sobre posibles trabajos de similar orientación, que ha continuado durante todo el tiempo de su realización.

## **Depresión**

En esta Tesis he decidido incluir un apartado respecto a la Depresión, con la intención de objetivar y complementar la aproximación y también de ofrecerlo como material de consulta para aquellos que trabajan en el área de la salud mental, así como para que pueda servir de modelo al análisis de otros trastornos, principalmente psicosomáticos. Retratar el tratamiento psicológico de la culpabilidad inconsciente e imaginaria en comparación con el tratamiento farmacológico y sus consecuentes resultados.

Investigar exhaustivamente respecto a la Depresión y Equivalentes Depresivos contribuyó a formar una base de estudio para la investigación del sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario. Como la culpa está intrínsecamente ligada a la depresión fue imprescindible estudiarla más a fondo principalmente en el manejo psicoterapéutico, ya que tras el tratamiento de muchas depresiones en las que no es abordado el sentimiento de culpa imaginario, el núcleo causal, persisten los síntomas.

Como lo psíquico afecta a lo corporal, y lo que sucede en el cuerpo afectará a lo psíquico, estamos persuadidos de que el enfermo corporal psíquicamente sano se curará mucho antes que otro paciente corporal que no utilice este tipo de 'protección'. Saber tratar la depresión es una habilidad, saber curarla es una arte.

Revisamos de forma ordenada las principales teorías psicoanalíticas de la culpa: freudiana, kleiniana y lacaniana, y otras teorías que consideramos complementarias a este estudio, como el enfoque de Kierkegaard en *La Enfermedad Mortal* (1849) o el de Castilla Del Pino principalmente en su obra maestra *La Culpa*.

### **La Culpa Freudiana**

La teoría freudiana comienza por definir la culpa como resultado del fracaso de la represión con la que se salda el conflicto edípico. Es, en este sentido, una culpa “neurótica” en la medida en que es el Superyo el que culpabiliza al Yo cuando determinadas representaciones - acciones o deseos - atraviesan la censura del Yo, contraviniendo la prohibición del incesto, es decir, la misma Ley.

Sin embargo, en *El Yo y el Ello* (1923), afirma Freud que la culpa verdaderamente perniciosa y más difícil de tratar en el análisis, no es la culpa neurótica, sino la que se da más claramente en la melancolía, en la que la Pulsión de Muerte toma por objeto al Yo de una forma sádica, destructiva. En la melancolía, argumenta, se da una reconstrucción, en el Yo, del objeto perdido, esto es, la sustitución de una carga de objeto por una identificación. La formación de síntomas mediante identificación dependerá de las fantasías, y de su represión en el inconsciente.

Esta es la culpa de la que parte Melanie Klein, que llevará al máximo exponente de su elaboración en la obra *Compendio del Psicoanálisis* (1938). Siguiendo a Freud, durante el tratamiento habrá que enfrentarse no sólo a la resistencia del Yo, sino también a la culpabilidad que se origina en el Superyo y que resulta de la hostilidad dirigida hacia el Yo. De acuerdo con esta afirmación de Freud, el sentimiento inconsciente de culpabilidad supondría un obstáculo para el analista, manifestándose como una fuerte resistencia contra la curación.

Analizando la culpa en Freud vimos que inicialmente, en 1908, él había declarado no ser posible concluir adecuadamente la investigación respecto a los sentimientos de culpabilidad por tratarse de un tema complejo y existir insuficientes ejemplos clínicos que lo clarificase.

En 1929, seguía afirmando que el origen del sentimiento de culpabilidad estaba en la represión de los impulsos agresivos ocurrida durante la fase Edípica. Pero no era ya el amor sino el odio y la agresividad lo que hacía surgir la culpa, de modo que sólo la frustración de las pulsiones agresivas (Pulsión de Muerte) generaría el sentimiento de culpabilidad. Cuando una pulsión es reprimida, sus componentes agresivos se convertirían en sentimiento de culpabilidad y los elementos libidinosos en síntomas. El sentimiento de culpabilidad provocaría de este modo el miedo a perder atención, cariño y protección.

Zabalegui Rodríguez, coincide con Freud en que la ambivalencia es uno de los desencadenantes del sentimiento de culpa, que aparece en el periodo edípico debido a la relación amor y odio hacia la misma persona.

Para Freud las fuerzas de la conciencia que enferman a ciertos individuos como consecuencia de la realización de los deseos, despierta un sentimiento de culpabilidad, emanado de la *rebelión del Yo moral* contra el delito, que hace que el individuo renuncie a la felicidad y consecuentemente fracase ante el éxito.

En su obra *El Yo y el Ello* revela que el completo éxito terapéutico es logrado cuando se consigue descubrir *directa y paulatinamente sus fundamentos inconscientes reprimidos* y transformarlos en sentimientos conscientes. Hemos abordado este tema más detalladamente en el apartado Trastornos Depresivos de esta tesis, del que haremos mención más adelante en el presente capítulo.

### **La Culpa Kleiniana**

Melanie Klein retrotrae el origen de esta segunda culpa, la destructiva, a un momento evolutivo anterior, y para ello introduce en un primer momento de su producción teórica la noción de un Edipo temprano. Sin embargo, en un segundo momento, lleva todavía más atrás su origen (a los 6-8 meses) introduciendo la teoría de las posiciones, con la posición Depresiva y la

construcción del objeto total bueno/malo, con lo que la agresión (la pulsión de muerte) actuando ambivalentemente sobre el objeto sería la causante de la culpa.

Melanie Klein introducirá por último el concepto de envidia, relativo a la formación del Yo, es decir, al narcisismo, con lo que la culpa ya no es sólo producto de la agresión, sino de una voracidad sin límite, de una exigencia narcisista de posesión –introyección, identificación- del objeto total – y ello no porque el objeto sea frustrante o malo, sino porque resulta excesivamente bueno como para no ser Yo- lo que puede conducir, en el extremo, a la destrucción del objeto. De hecho la misma Melanie no habla de Fases – que aludirían a los períodos sucesivos del desarrollo –, sino de posiciones –a las que se puede siempre regresar.

Un desarrollo estructuralista de la teoría añadirá precisión a esta descripción de la estructura psíquica, del aparato psíquico, con la noción de sincronicidad, es decir, que por lo que respecta a una estructura, todo el desarrollo del sistema, todo lo experimentado hasta el presente está implicado en cada generación de significado, en cada acto significativo.

Melanie Klein utiliza el termino posición por primera vez en 1928, en el artículo *Early stages of the Oedipus conflict*, pero aún de forma imprecisa. En 1934, en el artículo *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*, introduce un término para las angustias y defensas específicas con intención de promover la

comprensión de la estructura y naturaleza de la paranoia y de los estados maníaco-depresivos. Esto facilitaría la diferenciación entre las angustias psicóticas del desarrollo del niño y las psicosis de los adultos. No obstante, el concepto todavía no estaría claro, debido a la existencia de una posición maníaca aparte de la paranóide y depresiva, sin que existiera en relación con ella una angustia específica.

El 1940, en el artículo *Mourning: its relation to manic-depressive states*, hace un intento de una mejor discriminación entre las dos posiciones. Ya en 1946 combinó el termino 'posición paranóide' con el de 'posición esquizóide' utilizando la expresión 'posición esquizo-paranóide', y describiendo en el artículo *Notes on some schizoid mechanisms*, lo que ulteriormente irá a denominar de posición esquizoparanóide.

En 1952, en el artículo *Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant*, presenta una considerable exposición de la teoría de las dos posiciones básicas explicando la utilización del termino 'posición' para las fases paranóide y depresiva en función de la repetición durante los primeros años de la niñez.

En su publicación de 1957, *Envy and gratitude*, el antagonismo entre las dos posiciones pasa a ser atenuada por la aparición del sentimiento de culpa en los primeros años de vida del niño y de la envidia primaria. A partir de esto, Melanie



Klein plantea que la envidia es la base de la posición esquizoparanóide, y la gratitud marca la propicia elaboración de la posición depresiva. La gratitud es la forma que adopta el deseo de reparación.

La posición esquizoparanoide se caracteriza, en cuanto a la relación con objetos, por la prevalencia de la división en el Yo y por la ansiedad paranóide. Está determinada por temores persecutorios fantasmáticos en los niños pequeños y la capacidad de disociación de objeto. La acción interna del instinto de muerte produce temor al aniquilamiento siendo esta la causa primaria de la ansiedad persecutoria. El dolor y la incomodidad por la pérdida del estado intra-uterino son sentidos por el bebé como persecutorios. Lo que contribuye a la antítesis entre pecho bueno y pecho malo, eso es, entre amor y odio, entre gratificación y frustración, entre el sentimiento que surge por sentirse amado cuando el pecho le gratifica, y el que surge cuando éste, sentido como malo, le frustra y es odiado. El objeto frustrante al final es vivido como un terrible perseguidor. El pecho bueno o gratificador es sentido como el ideal. La idealización, derivada de la necesidad de protección contra los objetos perseguidores, constituye un modo de defensa contra la ansiedad persecutoria.

La posición depresiva es la etapa en que el niño reconoce el objeto en su totalidad y con esto reconoce su independencia. El proceso de integración hace que el conflicto entre amor y odio aparezca con mayor énfasis. La ansiedad persecutoria disminuye porque la agresión es mitigada por la libido. Advienen la

ansiedad depresiva y la culpa de forma acentuada. Los sentimientos de culpabilidad y pesar provenientes de la fantasía agresiva y voraz de destruir a la madre activan la reparación. Los sentimientos de culpa producen temor de la dependencia del objeto total. La agresión al objeto y el miedo a la pérdida del objeto incitan a la depresión.

La culpa para Melanie Klein es la experiencia depresiva del bebé que surge del sentimiento de haber perdido el objeto bueno a través de la propia destructividad, así como el duelo y la voracidad por el objeto bueno, sentido como perdido y destruido. La culpa llevará a la reparación, que posibilitará la cura por el amor. El bebé tolerará la culpa cuando se torne capaz de reconocer sus impulsos y responsabilizarse por ellos. Los daños al objeto ideal dan origen a los sentimientos de culpabilidad. La culpa puede ser considerada el centro de la evolución del carácter ya que auxilia en el desarrollo de la personalidad cuando resulta bien elaborada.

Según Melanie Klein la culpa nace en la posición depresiva ligada al deseo de reparación. Para ella la agresividad puede generar culpa; cuando tiene lugar la agresión al objeto total amado, el niño se siente responsable por ello, lo que le lleva a la depresión. Se pueden detectar síntomas de culpa cuando el individuo tiene impulsos de odio contra el objeto amado manifiestos en las perturbaciones de las relaciones personales, sentimiento de indignidad – cuando no se siente digno de atención y afecto –, insatisfacción consigo mismo sin causa

aparente, falta de habilidades sociales, complejo de inferioridad, necesidad de la aprobación de los demás, necesidad de obtener pruebas de amor, temor a la pérdida y deseo de agradar. Todo esto provoca fuertes conflictos entre los impulsos agresivos y el amor que suscitan sentimientos de culpa y deseo de ofrecer compensaciones.

Klein se refiere a la culpa como una combinación de las dos ansiedades: la persecutoria y la depresiva. Sostiene que la depresión en los niños está relacionada con la agresividad y la culpa. Esto puede significar que la depresión del adulto proviene del sentimiento de culpa en la niñez. Que el analista, al enfrentarse con un paciente depresivo, seguramente debe tener en cuenta los traumas de la niñez, como si fuera a tratar un niño en lugar de un adulto. Tratar al niño que sufre en el adulto por una culpa inconsciente y casi siempre imaginaria.

La culpa imaginaria, en Klein, equivale a cierta percepción de la realidad, a la forma en que la realidad es interpretada y sentida. La culpa imaginaria se deriva del temor de haber dañado al objeto deprimiendo al individuo por el daño imaginario que le causó a este. Es a través de los impulsos destructivos hacia el objeto como el individuo entra en ambivalencia amor y odio hacia el mismo objeto intensificando la culpabilidad y aumentando el aspecto imaginario de la culpa. La percepción de los objetos es deformada por la falta de integración del Yo. Los sentimientos de culpa ante la creencia de haber dañado al

objeto amado ponen en marcha la tendencia a la reparación, originada en las pulsiones de vida. Klein considera unidas la culpa y la reparación. El niño vivencia la reparación de sus objetos en íntima relación con los logros de su propio desarrollo, de esta manera las ansiedades paranoides y depresivas van modificándose a lo largo de la primera infancia.

El impulso de hacer reparación minimiza la culpa. Las frustraciones de amor serán superadas cuando las fantasías infantiles puedan ser transferidas al otro sin culpa. La situación fantaseada se torna real de una manera permisible aliviando la culpa. Los sentimientos de culpa estimulan sentimientos protectores suscitados en el hombre por la paternidad.

Una de las formas que el individuo encuentra de 'reparar' la culpa es por medio de la psicopatización o de la depresión. Un intento frustrado ya que acarrea los síntomas del "trastorno por culpabilidad".

A juzgar por Melanie Klein, ya existe suficiente Yo en el nacimiento para experimentar ansiedad, usar mecanismos de defensa y formar relaciones de objeto primitivas en la fantasía y en la realidad. Esto es muy importante en la investigación analítica principalmente para los que trabajan únicamente con base en la conducta actual. Estaríamos otra vez tratando al síntoma y no la causa, lo que sólo para una minoría será suficiente.

Desde el inicio el niño está envuelto en un conflicto pulsional entre la libido y la agresividad, y por esto es más vulnerable a lo imaginario. Es esta forma de representación la que domina, por darle “respuestas” para alivio de la ansiedad. El Yo inmaduro del bebé es expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la polaridad innata de los instintos, por esto el niño no sabe qué hacer con la violencia de un instinto agresivo y se siente mal con esto. Es importante la división entre el objeto bueno y el malo, entre el Yo que ama y el Yo que odia para favorecer la integración Yóica que sólo es posible si en la fusión se da el predominio de la pulsión de vida sobre la pulsión de muerte. El hecho de que la experiencia mala predomine sobre la buena caracteriza una patología, esto es, la culpabilidad inconsciente e imaginaria.

La consciencia del niño sobre sus sentimientos ambivalentes de amor y odio conducen fatalmente al sentimiento de culpabilidad. El sentimiento de culpa y la necesidad de hacer reparación están ligados al sentimiento de amor. Para personas de personalidad dependiente el amor es necesario como apoyo contra el sentimiento de culpa y los distintos miedos. La culpa da origen a la preocupación y a esfuerzos para corregir, promoviendo la reparación. La reparación es una modificación progresiva de la culpa, que produce alivio del sentimiento de culpa aumentando la confianza en sí mismo y en los demás, reduciendo significativamente las paranoias, inseguridades y miedos.

La culpa enmascara conflictos del pasado mal resueltos que hacen que, por ejemplo, la madre se sienta culpable y como consecuencia necesite del amor del propio hijo para compensar. El sentimiento de culpa también puede enmascarar la deslealtad conyugal. Respecto a esto Klein plantea que las manifestaciones de infidelidad tienen en común el repetido alejamiento del otro originario por miedo a la dependencia. En nuestra opinión la dependencia conduciría también al sentimiento de culpa por miedo al rechazo, a la pérdida y al abandono.

Klein resalta que los medios de minimizar la culpa son las defensas maníacas, la negación de la realidad psíquica y de la importancia de los objetos amados y una forma omnipotente de acertar en todo. El miedo de errar es tan desesperante que el individuo hace cualquier cosa para no cometer errores aunque tenga que privarse para obtener tal protección.

De acuerdo con Melanie Klein la culpa produce agresividad: el sentimiento inconsciente de culpa debido al odio y los celos conduce al niño a actitudes de agresividad para con los hermanos o incluso para con los padres, así como en la vida adulta con las personas en general.

Melanie Klein buscó mostrar que el sentimiento de culpa es un incentivo fundamental para la creatividad y el trabajo en general, no obstante, si es

demasiado intenso - manteniendo la misma idea de Freud - el sentimiento puede tener el efecto de inhibir intereses y actividades productivas.

En nuestra opinión el sentimiento de culpabilidad es anterior al surgimiento del Superyo como sugiere Melanie Klein y surge en los estados precoces del desarrollo. El hecho de reprimir los impulsos hacia la madre hace intensificar el sentimiento de culpa. El Superyo no sólo es fuente de la culpa sino objeto de amor contra impulsos destructivos.

Considerar el complejo de Edipo temprano - en torno a los 12 meses - contribuye mucho a comprender al niño y ayudarlo a superar obstáculos. También para el trabajo analítico ya que la causa estaría en una edad anterior a la postulada por Freud. Situar el problema a partir de los 3 años, para Freud, es diferente de ubicarlo tempranamente en la segunda mitad del primer año, para Klein. Es por la inmadurez del Yo durante esta época - inicio del complejo de Edipo - que el niño establece la culpa inconsciente e imaginaria. Si el complejo de Edipo se da en un contexto de inmadurez del Yo significa que el niño carece de recursos yóicos para comprender y elaborar adecuadamente lo que pasa con él, con el otro y con el medio, por esto se deja llevar por el imaginario que está en los límites de lo Real y como no sabe qué hacer para liberarse de tal dolor emocional, lo relega al inconsciente para evitar así que vuelva a molestarle. En esta etapa de vida podríamos decir que el niño 'entiende', pero no 'comprende' lo que pasa.

Melanie Klein sitúa el origen de la agresividad en el sentimiento de amor y odio como la directa expresión de la pulsión de muerte que se manifiesta como fantasías de destrucción del objeto cuando éste frustra. Para Lacan, la agresividad será el resultado de la identificación especular del niño con el otro: el niño odiará a ese otro con el que se ha identificado en la medida en que representa, fuera de él, todo lo que el Yo desea para sí –corresponde pues a la envidia de Melanie Klein.

### **La Culpa Lacaniana**

Klein y Lacan coinciden en que el complejo de Edipo es el proceso de elaboración de una pérdida, pérdida del vínculo de índole sexual con la madre, que según Lacan se resuelve identificándose con el padre teniendo un falo igual al suyo y según Melanie se resuelve internalizando el pene como objeto total.

Si bien la diferenciación en los textos lacanianos entre un Ideal del Yo y un Yo Ideal no siempre es clara, sí lo es la introducción de una teoría del origen del Narcisismo en el Estadio del Espejo, cuyo comienzo sitúa entre los 6 meses – Posición Depresiva de Melanie- y los 18 –Comienzo del estadio sádico-anal freudiano y comienzo del juego simbólico y de la estructura proposicional del lenguaje. Esta teoría de formación del narcisismo por identificación con el objeto desarrolla la formulación freudiana de *Introducción al Narcisismo* (1914), que será continuada en *El Yo y el Ello* (1923).



El Estadio del Espejo de Lacan contribuye a plantear el problema del narcisismo en Freud. La estructura del Yo es determinada por el Estadio del Espejo, en que el niño es capaz de discernir entre lo real y lo imaginario – aunque en la inmaduración biológica -, es decir, él reconoce el entorno de lo real sin confundirlo con el imaginario. Es ésta la etapa de la identificación, donde, además de identificarse con aspectos positivos de los padres, se identifica también con los negativos. El bebé termina, a veces, confundiéndose: toma la conducta del otro por la suya y esto posibilita al niño la creación de una culpabilidad inconsciente e imaginaria. Confunde deseo con realidad, confunde la conducta del otro con la suya. Esto puede llevar a confundir lo que es propiamente yo y lo que es del otro.

En la obra de Jacques Lacan, lo Imaginario aparece relacionado con lo simbólico y lo real teniendo al Yo (*je*) como el lugar en que el sujeto puede reconocerse. La teoría lacaniana sobre lo imaginario, es una teoría de la génesis imaginaria del Yo en su carácter identificadorio, producida por el poder formador de la imagen.

El Yo Ideal, es el resultado de la identificación del Yo con el objeto idealizado y por lo tanto, incitador de la culpa imaginaria. Lacan vincula amor y culpabilidad, que se produce por la dependencia del objeto amoroso, y la búsqueda del objeto amado genera culpa como resultado de dicha dependencia. La distinción lacaniana entre un Yo Ideal (un objeto imaginario idealizado, objeto total, completo, al que el Yo está identificado) y un Ideal del Yo (el núcleo

simbólico del Superyo, correspondiente a la internalización de la Ley que impide al Yo identificarse al objeto), corresponde a la elaboración lacaniana del Edipo temprano de Melanie Klein. El Yo Ideal es producto de la identificación del Yo con el objeto idealizado y promotor de la culpa imaginaria de Freud, la culpa inconsciente, puesto que la misma imagen que representa su Ideal es también el objeto de su odio mientras el Ideal del Yo, que supone la introyección de la palabra del padre, de la Ley, equivaldría a la culpa edípica posterior al conflicto edípico.

Para Lacan el Yo Ideal es elaborado a partir de la imagen del propio cuerpo en el espejo. La identidad está colocada en el cuerpo. El fenómeno imaginario hace coincidir la imagen con el objeto real. El sujeto forma una imagen imaginaria a través del fenómeno del espejo, cree en ella, para acercarse más fácilmente al objeto real. En lo sucesivo, el recurso al objeto imaginario puede suplir la falta de coraje para enfrentarse al objeto real.

### **Kierkegaard**

El estudio respecto a las principales teorías psicoanalíticas de la culpa nos llevó a buscar en tiempos más remotos, en los primeros culpólogos, datos que vendrían a enriquecer nuestra tesis, a ejemplo de Sören Kierkegaard.

Disertar sobre la obra soberbia de Kierkegaard respecto a la *enfermedad mortal* contribuyó a analizar la *desesperación* como un síntoma-consecuencia de la culpabilidad inconsciente e imaginaria como parte de la responsabilidad por ser sí mismo, por ser quien se es.

Kierkegaard distingue en la desesperación un yo activo y un pasivo. El yo desesperado 'activo', que es cuando el yo es su propio señor, en sus palabras *este yo desesperado no hace más que construir castillos en el aire y siempre está luchando en las nubes*. El yo desesperado 'pasivo', sigue deseando desesperadamente ser sí mismo. En esta forma de desesperación, el desesperado halla en su yo un defecto fundamental de cualquier naturaleza, arruinando a su yo perfecto. El desesperado no tiene esperanza de sanar, se escandaliza de la existencia, y quiere ser sí mismo a pesar y contra toda la existencia. A medida que crece la conciencia de este sufrimiento interior, se puede llegar a la obstinación de querer ser uno mismo.

Sören Kierkegaard en su tratado sobre la desesperación plantea que desesperar es sufrir, y llama a la desesperación "la enfermedad mortal". Si el Yo no se acepta como es, asumiendo la responsabilidad de ser quién es, se desespera, es decir, experimenta la culpabilidad profunda de existir, y en esa desesperación no encuentra otra salida que la muerte. Cuando el hombre se empeña en sobrepasar los límites de su naturaleza cae en la desesperación del infinito.

La desesperación es producto de la culpabilidad inconsciente e imaginaria. Es una enfermedad del Yo cuando desespera de sí mismo.

Reconocemos en el sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad, la desesperación kierkegaardiana.

Cuando el sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad sumerge a la conciencia tiene el “efecto” de esta desesperación kierkegaardiana. El desesperado es un hombre que perdió la perspectiva de la posibilidad: posibilidad de vencer, de ser amado, de ser aceptado, de ser sí mismo, etc., por la desesperación del infinito. Se desespera de uno mismo, acentuando el sufrimiento. La existencia humana es desesperada siempre que falta la posibilidad, y *la posibilidad es lo único que salva*.

### **Castilla Del Pino**

El tema de la culpa circundó mi trabajo en la Clínica desde el principio de forma “disfrazada”, diría yo. Digo esto porque casi independientemente de la patología – no atendíamos a pacientes psicóticos – el análisis nos conducía a un malestar frente a la existencia misma. A un rechazo por ser quién y cómo es y principalmente una dificultad de aceptarse a sí mismo como poseedor de algo que no le gustaba a los demás. Como también un sentimiento de ser desprovisto de algo que hacía el mismo efecto. Esto nos llevó a buscar en textos la explicación que nos ayudaría en el tratamiento de los pacientes. Una de las obras importantes que disertaban sobre el tema era *La Culpa*, de Carlos Castilla Del Pino.

El fenómeno de la culpa contiene un sentimiento general de responsabilidad. Un gran número de autores como Castilla Del Pino (1991), Berrios, Elvin-Nowak (1999), Tellenbach (1976), Grinberg (1994), Tangney (1993) y Vázquez (1995) coinciden en que la culpa es una aceptación de la responsabilidad de uno frente a sí mismo, por haber hecho algo malo o por haber dejado de hacer algo que se esperaba que se hiciera o cumpliera, suscitando sentimientos de descalificación personal.

Castilla Del Pino en su obra *La culpa* (1991) dice que la persona puede sentirse incapaz de ser amada por su madre, notarse sin el pre-requisito interno adecuado para alcanzar este objetivo y sentirse violando el precepto de lo “normal”. El individuo se siente fracasado en la obtención de un resultado deseado. Cuando una persona concluye que algún factor interno es la causa de su fracaso, se siente inferior, incapaz, inadecuado, triste, angustiado. Percibe que su propio Yo está desprovisto de algo muy importante, como una cualidad, y así empieza a preguntarse por qué “no soy diferente”, por que “no soy de tal forma”, etcétera. Una demanda de algo que no tiene dentro de sí o cree no tener es lo que desencadenará un proceso de culpa. Empieza a auto-culparse. El concepto de culpa en este caso, definido por Castilla Del Pino en su obra *La Culpa*, corresponde a la emoción de haber actuado erradamente por carecer de elementos necesarios, vitales o de características esenciales para un ser humano. Percibirse de esta manera provoca en el individuo una revuelta interna, hacia sí mismo, revelando

que el odio, sea hacia sí mismo o hacia el otro, es una más entre las emociones que acompañan el sentimiento de culpabilidad.

Sigue Castilla Del Pino (1991) que la persona que vive la culpa, experiencia su propia responsabilidad ante la decisión resultante de una *praxis* determinada y de la actual situación de culpable.

Berrios y Castilla del Pino, también hablan de culpa imaginaria vinculada a la propia identidad inconsciente del Yo. En la culpa imaginaria el delito es imaginario, o bien se exagera su realidad. La culpa imaginaria proviene, como apunta Freud de la identificación con el investimento erótico del objeto, o en términos lacanianos de la identificación con el objeto.

Castilla del Pino habla de culpa imaginaria vinculada a la propia identidad inconsciente del Yo. Él distingue fantasía de imaginación, comentando que *"en la imaginación el sujeto se representa mentalmente actuando en la realidad de forma que se prepara para intervenir en ella de manera más eficaz para el logro de sus deseos"*. El sujeto desea crear una realidad interna para obtener un vínculo con el objeto y cuando no ocurre la satisfacción del deseo, aparece el sentimiento de culpabilidad. Construye un Yo para esa situación y como resultado el sujeto modifica el yo y su actuación desencadenando una enfermedad psicosomática o una depresión, para conservar, a cambio, su objeto ideal inmodificado.

Castilla Del Pino, así como Freud, hace distinción entre culpa “buena” y culpa “mala”. Para Del Pino existen criterios de normalidad o anormalidad del sentimiento de culpa. La culpa sana busca abrir camino y traducir verbalmente o con gestos o acciones el peso de su sentimiento. En la medida en que cumplan su función reguladora, los sentimientos de culpa son sanos, útiles, normales y hasta necesarios. Es bueno cuando ayuda en el control de los sentimientos de agresividad en el sentido de canalizar las energías para actividades creadoras y conseguir sanas soluciones. También cuando consigue que la persona asuma las responsabilidades derivadas de su conducta; cuando sirve para corregir el rumbo de rehacer lo mal-hecho, de reparar daños, de cambiar actitudes, de mejorar su adaptación a la realidad que le rodea. El sentimiento de culpa es patológico cuando sirve única y exclusivamente para la autodepreciación – sentir asco de sí mismo. La culpa es mala cuando es difusa, pasiva, inoperante, inhibidora y no empuja el individuo a la reparación del supuesto mal.

Cuanto más adaptada está una persona, más consciente es de la pérdida de su felicidad, más consciencia de culpabilidad tiene y menos sentimiento de culpa. La vivencia de la culpa es un proceso y como tal proceso puede encontrarse en distintos paralelos o meridianos. El sentimiento de culpa será tanto más sano cuanto más evolucionado esté en el sentido consciente.

**Mezan: la creación de la obra y la psicopatización de la culpa.**

El autor Renato Mezan en su obra *Escribir la Clínica* (1998) hace un comentario interesante sobre ese tema: "*cuando sufrimos en el cuerpo, no podemos pensar en nada más*". El dolor físico exige alivio inmediato, como imperativo de la auto defensa y de la supervivencia.

Este autor hace una comparación entre la psicopatización y la elaboración de la obra de un artista: el sufrimiento psíquico puede encontrar un alivio en la elaboración de una obra puesto que la obra es una manera de experimentar la catarsis, pero dependiendo de la naturaleza y de la intensidad del sufrimiento, puede que ésta no baste para agotarlo. La elaboración de una obra se equipara a la elaboración de una enfermedad psicopatológica, ya que la psicopatización sirve también como proceso catártico del sentimiento de culpabilidad. Para hacer una catarsis de este sufrimiento, el cuerpo intenta ayudar, expurgando este dolor a través del cuerpo, provocando una enfermedad psicopatológica.

Mezan me hizo considerar la hipótesis de que el nacimiento de una obra puede ser equiparada a de una enfermedad psicopatológica, y que no deja de ser un catarsis de los sentimientos del propio autor. Para lograr la catarsis del sufrimiento, en este caso, el sentimiento de culpabilidad, el cuerpo intenta pragmáticamente ayudar expurgando el dolor a través del cuerpo,



psicosomatizando. El sujeto se ve imposibilitado de elaborar inmaterialmente el dolor y se sirve de la enfermedad psicosomática como si fuera una obra. La psicosomatización es una manera de hacer visible, perceptible, el "dolor psíquico", contribuyendo a la génesis de la *obra psicosomática*. La emoción es uno de los factores que impulsan al artista a la creación. Siguiendo el mismo raciocinio podemos decir que la emoción es uno de los responsables por la génesis de la psicosomatización.

Para que la emoción se configure en una *obra psicosomática* hace falta *informar, ponerla dentro de una forma*. La forma aquí está representada por el tipo de somatización (cardíaca, epidérmica, renal, gástrica...). La forma exprime, elabora y transforma la emoción. ¿Estaría entonces el cuerpo enfermando para auxiliar en la elaboración de la culpabilidad? Para producir una obra de arte hace falta que el dolor sea intenso. Por esto el síntoma psíquico alcanza un nivel insostenible haciendo que el Yo tenga que transformarlo en síntoma orgánico. Por todos los cambios en la estructura psíquica y orgánica, el paciente no se siente culpable y sí enfermo. Cuando la culpa inconsciente sirve como instrumento de intra-punición, el cuerpo y la mente sufren las consecuencias enfermando. El hecho de ser culpable hace que el individuo tenga reacciones fisiológicas como lo es la psicosomatización, aunque la culpa sea inconsciente.

Para Freud el objeto artístico es interpretable en función del significante, concibiéndolo como una materialización del mecanismo de

sublimación que *permite satisfacer las exigencias del yo sin estimular la represión*. Lacan califica el objeto artístico como un "síntoma", algo inscrito en el registro de "lo real", que no puede ser abordado mediante la imagen y la palabra. Cuando el pintor deja que la imagen nos transmita emociones, cuando permite que relate por su cuenta, nos damos de frente con lo real, lo que significa en nuestro caso el hallazgo del caso clínico inesperado.

La culpa inconsciente e imaginaria puede resultar en una fuente tremenda de creatividad: Dostoyevski y el Sr. G. vieron su creatividad impulsada por la culpa como responsabilidad de no ser el objeto plenamente satisfactorio de los padres. Este sentimiento les excitó a la creación, en Dostoyevski de la obra de arte y, en el Sr. G. de la psicopatización, como forma de reparar re-creando el objeto y trascendiendo a este.

Dostoyevski se sirve de la creación como forma de reparación o expiación. El Sr. G., en cambio, por carecer de herramientas simbólicas seguramente, hace un texto con los síntomas somáticos en lugar de hacer otro tipo de textos. Digamos que habla con el cuerpo, pero no es capaz de transformar su goce (dolor, padecimiento) en goce estético, que pueda ser compartido por todos. No hay una elaboración simbólica a partir del dolor, de la tristeza, que pueda ser productiva.

La culpa es un enfrentamiento de la realidad interior como consecuencia de la interpretación equivocada de la realidad, es decir, es resultado de una apreciación inadecuada de la realidad y de la acción requerida ante ella. La propuesta de que el sentimiento de culpabilidad como responsabilidad de ser quien es, suscita sentimientos concomitantes de incapacidad, inferioridad e impotencia, son confirmados y sostenidos por Bibring (1953).

## **Hipótesis**

Reflejamos aquí las conclusiones más significativas respecto a las hipótesis inicialmente planteadas para a continuación, proceder a la formulación de enunciados, a modo de nuevas hipótesis surgidas con la realización de este trabajo de investigación.

La primera de nuestras hipótesis sostenía que los sentimientos de culpa inconscientes y/o imaginarios tienen una relación directa con el origen y agravación de ciertas enfermedades físicas. Esta tesis contribuyó a explicar que el sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario afecta directamente a la salud física del individuo como factor causal de la enfermedad. No es el único núcleo causal de determinadas enfermedades psicosomáticas y depresiones sino un intensificador de los síntomas que son consecuencia de este sentimiento. Hemos visto que aparte de síntomas, son también equivalentes significativos de la

culpabilidad inconsciente e imaginaria o como diríamos del “trastorno por culpabilidad inconsciente e imaginaria”.

La segunda de las hipótesis suponía que el trabajo analítico relativo a los sentimientos de culpa inconscientes y/o imaginarios puede curar ciertas enfermedades físicas. Como sabemos, la enfermedad física nunca es ajena al compromiso emocional. A ejemplo del dolor, que por poco intenso que sea, moviliza la psique del individuo produciendo reacciones emocionales consecuentes al acontecimiento orgánico. La curación física fue propiciada por el trabajo psíquico en torno a la identidad imaginaria, claramente descrito en el Caso Clínico del Sr. G., a ejemplo de la psicopatización del estómago y riñones.

La tercera hipótesis avanzaba que es el proceso de simbolización, que permite hacer conscientes los conflictos inconscientes y los correspondientes sentimientos de culpa, lo que sana al paciente. Esto está sostenido perfecta y detalladamente en el caso Clínico del Sr. G. y sucintamente en el Caso de la Sra. H. De acuerdo con Lacan, el lenguaje es el vehículo fundamental de la transmisión del saber y de los ideales, de generación a generación, organizando los modos de gozar, de producir, de crear y preservar, así como los modos de reprimir, destruir, idiotizar y aniquilar. Eso explica que la palabra pueda tener un papel tan poderoso en nuestra vida como para orientarla o desorientarla de manera extremadamente radical deformando nuestra neurofisiología, afectando la comprensión de los

hechos y enfermándonos. No únicamente la palabra en sí, sino el significado que le damos a ella.

## **Análisis de Textos**

El análisis de textos implica establecer algunas precisiones iniciales respecto a la naturaleza del texto que constituye el marco de la investigación. Hablar de texto es hablar de interpretación. El texto no es posible si no encierra en sí un horizonte de interpretación que se establece en la relación singular del lector con lo escrito. La escritura debe abrir en el texto una posibilidad de interpretación.

La culpa inconsciente e imaginaria aporta a los romancistas un tono de magia en sus obras porque el tema invita al lector a seguir leyendo para descubrir el enredo de la trama tan fantásticamente contagiada por la culpabilidad.

## **Dostoyevski**

El interés por Dostoyevski nació de la lectura del artículo de Freud *Dostoyevski y el Parricidio* (1927). Para hacer conocer a Dostoyevski por medio de su obra, nos dejamos guiar por el método de Dominique Arban, utilizado en sus obras dostoyevskianas, de confrontar a los personajes y sus conflictos con el drama personal de su creador. En este caso mi interés estuvo volcado al tema de la depresión y psicopatización del sentimiento de culpabilidad. Hacer una lectura

sobre la vida de Dostoyevski me llevó a importantes reflexiones respecto la culpa imaginaria e inconsciente y sus implicaciones en la salud.

La intención de estudiar la vida y obra de ese novelista, fue únicamente para dar a conocer la esencia de su perfil psicológico y la forma como “psicosomatizó” su sentimiento de culpa en el contexto de sus obras y cómo sufrió su depresión. Para no utilizar su cuerpo utilizó la obra a fin de transformar un conflicto psíquico, no en enfermedad orgánica, sino en obra de arte. La enfermedad es una expresión simbólica del conflicto psíquico, así como lo es la obra de arte. En la enfermedad existe una universalidad del simbolismo, así como en la obra de arte. No queremos decir con esto que la función simbólica en el texto de la enfermedad y de la obra de arte es la misma. Que su capacidad de “transformar” la emoción y el conflicto que la origina sea la misma. En esta Tesis se tomó la enfermedad como texto para leer en ella, para interpretarla, pero esto no suele hacerlo el enfermo, que prefiere pensar en el órgano enfermo como “cosa”.

Los componentes de las romancescas obras dostoyevskianas se fundan en crímenes, suicidios, asesinatos, alcohólicos y soñadores. Estos temas fueron sacados de su descendencia paterna. La pasividad y la melancolía eran trazos provenientes de la familia materna. En ambos lados de la familia el alcoholismo estuvo presente y seguramente se puede pensar en depresión recurrente. Es notorio que el escritor otorgaba a sus personajes características de su propia

personalidad que le servían de máscaras a sus conflictos más inconscientes de culpabilidad imaginaria. Respecto al alcoholismo podemos hacer un breve comentario: puede el alcoholismo ser consecuencia de sentimientos inconscientes de culpabilidad que no necesariamente sean imaginarios. Los niños pueden interpretar la embriaguez como un 'estar muerto' y sentirse culpable por ello.

Dostoyevski seguramente sufría de depresión, enfermedad que favorecía la introspección y consecuente reflexión que facilitaba la elaboración de sus obras. La forma en la que él mismo "psicosomatizó" su sentimiento de culpa y sufrió su depresión está representada en el contexto de sus obras. Leer sus obras es saber de sus pensamientos y de toda su vida. Rememorando a Renato Mezan, el sufrimiento psíquico encuentra vías psíquicas de elaboración y alivio que conducen al nacimiento de una obra.

Utilizamos la obra *Los Hermanos Karamázov* - que representa un misterioso y conmovedor asesinato relacionado a la tragedia del parricidio - por ser una ejemplificación del sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario, de su acción en la mente humana y de las actitudes de los individuos en las relaciones afectivas y para consigo mismo. En este análisis de texto, retratamos la creación simbólica del sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginaria puesto en práctica por el parricidio y 'enformada' por la obra. En la vida real cada uno crea a sus propios 'personajes' que hacen parte de un mismo individuo para lidiar con lo imaginario de una culpa inconsciente. Para dilucidar las conclusiones

a que llegamos, retomaremos brevemente a dos de los principales personajes de la obra.

Empecemos por Iliucha Snieguirev que es el propio niño parricida creado como forma de elaborar la culpabilidad y revelar el “crimen”. Es la imagen de la ingenuidad volcándose contra los malos tratos cuando uno se siente culpable. Smerdiákov es el representante de todos sus sentimientos más oscuros relacionados a la culpa, al deseo de muerte y al complejo edípico. Le hace bastardo para no estar cometiendo un parricidio; un individuo degradante para estar ‘libre’ para matar; un tanto afeminado, poco viril y sin interés por las mujeres, garantizando así la protección contra el incesto. La madre de éste, como cochambrosa para exentar a su propia madre del papel de cómplice por haber generado un parricida. Este personaje representa su sentimiento de inferioridad y de incapacidad, consecuente de la culpa como responsabilidad por ser quien es: un don nadie, bastardo y con el estigma de mefítico, exactamente el opuesto del padre Fiodor: un hombre sensual y atractivo, que por más perverso que fuese, seguía teniendo el amor de la madre. Estos “personajes” pueden caracterizar al culpable imaginario y las distintas formas de manejar o convivir con la culpa.

Podemos decir que el sentimiento de culpa hace que el individuo se sienta atraído inconscientemente por individuos que le confirmen lo indeseado que es como objeto de amor y su sentimiento de rechazo por ser quien es, inferior: un don nadie, un “Smerdiakov”.



Los individuos acometidos por culpa inconsciente e imaginaria “optan” por el personaje Iliucha – el niño -, es decir, prefieren la seguridad del inconsciente y la comodidad de las limitaciones del consciente asegurado por los mecanismos de defensa, que le permiten quedar protegidos del trauma y defendidos por lo Imaginario. Los mecanismos de defensa nos hacen creer que pensar o interpretar a su manera es lo correcto porque alivia la culpa o la oculta de tal forma que se mantiene totalmente inconsciente, alejando del consciente su verdadero significado. El Yo hace un pacto con el ello y el Superyo para mantener inconsciente el sentimiento de culpa como forma de autopreservación.

Los culpables imaginarios e inconscientes tienen un fortísimo instinto de destrucción que les distinguen como intrapunitivos - destrucción hacia dentro, en lugar de hacia fuera - manifiesto como masoquismo. El sadismo se manifiesta en su irritabilidad, intolerancia y especial gusto en atormentar. Estos rechazan el optimismo, se complacen con el sufrimiento: denota un deseo inconsciente de ser el culpable para quizás redimirse de los deseos ocultos de muerte.

Una niñez infeliz, sombría, vivida en medio de conflictivos atritos entre los padres - relaciones sadomasoquistas - donde se estructuran papeles de víctima y de verdugo corroboran a fijar en el inconsciente la culpabilidad imaginaria. Y aún más, hacen que los niños sean convictos de que el dolor es un prerequisite para el placer. El niño fantasea tener padres perfectos que le amen incondicionalmente y cuando esto no ocurre, surge un sentimiento de

culpabilidad: por sentirse no amado, por tener padres “malos”, por no amar al verdugo, por desear a la madre, por no ser él poseedor de algo que merezca el amor de los padres. El sufrimiento del niño respecto al deseo parricida es de eliminar el mal o el malo para poder estar libre, no únicamente para quedarse en el lugar del padre, sino también para disfrutar de una vida sin tiranía ni sufrimiento. La falta del padre por muerte o por omisión, implica la ausencia de la respectiva autoridad, o sea, de la fuerza externa de contención de los impulsos incestuosos con relación a la madre.

Las reacciones infantiles resultantes del complejo edípico sólo se extinguirán cuando la realidad deje de aportarles alimento. El deseo de muerte contra el padre perdura mientras perdure la tiranía de este sujeto. Porque nadie en sana consciencia tolera malos tratos de ninguna especie, mucho menos un niño que es un ser limitado por su condición de crianza.

Las características de los progenitores y familiares contribuyen al surgimiento del sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario. La austeridad, la falta de afectividad, la tiranía, la avaricia, la desconfianza y la ausencia de cuerpo y de alma - sentimentalismo que frecuentemente toma proporciones de agresividad, depresión y psicopatización - son los rasgos más frecuentes. Por otro lado, la presencia de comportamientos como la complacencia, pasividad, sumisión y melancolía, como también el conflicto amor y odio y una

comunicación de doble sentido contribuyen a establecer lo imaginario de la culpa que se queda en el ámbito del inconsciente.

Como últimos dos aspectos a ser abordados en Dostoyevski, hablemos de religiosidad y muerte. Las creencias religiosas pueden tener una influencia significativa llevando el individuo a padecer una culpa ligada al pecado y a desarrollar un masoquismo moral. Esto hace vulnerable al individuo a ser manipulado por quien ve como a un 'santo' o una 'santa' – el ideal –, reforzando la relación sadomasoquista.

La muerte contribuye a una reacción de pánico debido a la existencia de una culpabilidad inconsciente e imaginaria llevando a comportamientos de irascibilidad y a crisis que provocan la pérdida de los sentidos, como le pasó a Fyodor, al Sr. G. y a Freud – este último ilustrado de manera fantástica por el actor Vincent Price en la película "*Freud*". La muerte provoca sentimientos de abandono y de impotencia, que estimulados por una culpa imaginaria pueden llevar a la enfermedad mental y física. Si el niño recibe esclarecimientos de lo Real, no se llevará a su psique adulta las consecuencias de este sentimiento.

## **El Señor G.**

Concluir esta Tesis es en cierta forma hacer un viaje en el tiempo: iniciando con las primeras observaciones realizadas en el comienzo de la práctica

clínica, pasando por la rica experiencia de análisis que me procuró el caso del Sr. G., hasta los últimos momentos de esta conclusión, donde hube de rememorar todo lo escrito sin poder dejar de sorprenderme ante la riqueza de detalles presentados por el Caso Clínico que nos ayudó a concluir lo propuesto, esto es, que la culpabilidad inconsciente e imaginaria puede resultar en enfermedades psicosomáticas y depresión. La redacción del Caso Clínico contribuyó de manera decisiva a esclarecer ideas anteriormente imprecisas respecto a la salud mental.

El tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento del Sr. G. hasta el presente supuso una evolución significativa en la comprensión y profundización en el tema acompañado por el recorrido teórico de los principales autores y sus diferentes abordajes respecto al tema de la culpabilidad inconsciente e imaginaria, sin desviarnos del enfoque psicoanalítico.

La importancia de trabajar el inconsciente disimulado nos llevó a una investigación más consistente del sentimiento inconsciente e imaginario de culpabilidad, que provoca psicosomatizaciones y trastornos del estado del humor tales como la depresión. La presente Tesis tuvo como objetivo principal conocer la influencia que ejerce la culpa en el origen y agravación de las enfermedades mentales y físicas y lograr romper la presumible diada existente entre culpa y enfermedad. Esto nos llevó a elegir el Caso del Sr. G. entre tantos por evidenciar todos los temas tratados en esta tesis doctoral.

El Caso Clínico del Sr. G. nos aportó una textualización de la historia de un adulto que en un principio, busca el análisis para lograr superar dificultades, producto de la impotencia para alcanzar las metas por él propuestas. De no haber sido por el trabajo analítico, el individuo no podría jamás haber llegado a revelar el 'misterio' de dichas dificultades relacionadas con la culpa por un parricidio imaginario. Ni siquiera podría imaginar que tras los sentimientos y deseos de un niño de 5 años estaría estructurada una enfermedad por culpabilidad imaginaria.

Este Caso Clínico, como la síntesis del Caso de la Sr<sup>a</sup> H., tuvo el propósito de conseguir aclarar las ideas implícitas en el contenido manifiesto de los textos de los diferentes abordajes. La experiencia emocional del Sr. G., consiste en ir desde la idea amplia de culpabilidad hasta el análisis detallado de la culpabilidad inconsciente e imaginaria. La forma dada a su experiencia fue la psicopatización. La forma expresa, elabora y transforma la emoción, emoción insostenible para un niño pequeño y desprovisto de elementos que le permitan asimilar los hechos dentro de la realidad, si no es con un componente predominantemente imaginario.

En el caso del Sr. G. hicimos una interpretación edípica -acerca del deseo del paciente de que el padre no regresara del viaje, y del cumplimiento de ese deseo de muerte dictado por la rivalidad respecto de la madre- y como consecuencia la mejoría es relativa, no termina de resultar útil la interpretación

para “disolver” la enfermedad. Interpretar el conflicto edípico es esencialmente útil para aminorar las defensas, descender bajo las diferentes “capas”, dejando al paciente más preparado para enfrentar y elaborar la causa. Seguramente en otros casos puede que sólo con esto se logre la curación. En 13 años de clínica no hemos tenido ningún caso en que únicamente la interpretación y aclaración del complejo edípico nos llevara directamente a la curación del paciente. Sin embargo, siempre nos fue esencialmente útil para acceder al núcleo causal de las distintas enfermedades.

El trabajo analítico conduce siempre a elaborar la propia identidad. La enfermedad está asociada, para el Sr. G., con la propia identidad imaginaria-como falo de la madre, como gusano dentro del capullo, como un apéndice viril que no puede salir del capullo. El hombre que le da un reloj, en la “ensoñación” (me refiero aquí a la sección metaforizada por el Sr. G.) que definitivamente desanuda el síntoma, marcaba cinco horas (edad del paciente a la muerte del padre) con el que debía recorrer en sentido inverso 6 canales (retroceder en el terreno de la sexualidad, en el que había “ocupado” el lugar del padre junto a la madre), algunos de los cuales estaban cegados (ciertamente no podía cumplir todas las funciones del padre), para quedar finalmente el reloj -el tiempo, la ley del padre-detenido marcando cuatro horas (la edad en la que aún vivía el padre). Al mismo tiempo, su propia exploración y apertura de los canales es una suerte de “penetración” de los canales y del mismo riñón, sede del líquido - elementos todos femeninos.

Respecto a sus propios “elementos femeninos” podrían representar su deseo de salvar a la madre de la perversidad del padre, huyendo de caminos “masculinos” que pudiesen herir a la madre o actuar con ella de forma sádica como el padre. Esto podría haberle llevado a acentuar sus aspectos femeninos, en términos Junguianos, primando la sensibilidad para huir de la brutalidad.

Que la aclaración de la problemática edípica resulte en una mejoría relativa, significa que la causa del problema del Sr. G. no era exclusivamente edípica, sino que estaba en juego, además, la elaboración de la propia identidad. De la identidad imaginaria resulta el sentimiento de culpa inconsciente e imaginario, una culpa resultante de un ‘no querer ser sí mismo’ como refiere Kierkegaard o, en nuestros propios términos, una culpa por ser quien es, por ser responsable de ser quien es o ser uno mismo. No reducible a querer ser el falo de la madre sino el enfrentarse con el sentimiento de responsabilidad por ser quien es, que implica la culpa por existir, por ser uno mismo y de ahí, ser dueño de una identidad perniciosa, que nadie quiere, y que obviamente destruye al propio padre.

La interpretación del conflicto edípico por sí sola no bastó para “disolver” la enfermedad porque aún no habíamos logrado llegar al núcleo causal: culpa por la responsabilidad de ser sí mismo. Todas las interpretaciones/sesiones anteriores a la del núcleo causal sirvieron, tanto a la analista como al paciente, para ir resolviendo elementos del conjunto. Eliminando “capas” que ocultaban o a

su manera protegían la causa. Y protegían al Yo de la destrucción. El gusano dentro del capullo ejemplifica esto a la perfección. No únicamente como el apéndice viril que no puede salir del capullo, sino como una forma de protección: mantenerse como niño dentro de la barriga de la madre/el gusano dentro del capullo, evitando así crecer y ser malo como el padre o poner en práctica cosas mucho peores que el padre. Es decir, ser aún peor que el padre.

Es apasionante observar cómo en la práctica clínica la culpabilidad inconsciente e imaginaria se “manifiesta” al exterior, aunque sólo una atenta mirada guiará su detección con certidumbre. Podríamos incluso arriesgarnos a decir que la culpabilidad inconsciente e imaginaria merecería ser clasificada como un trastorno mental independiente, con su cuadro diagnóstico específico: el “Trastorno por Culpabilidad Inconsciente e Imaginaria”. Obviamente que no nos corresponde a nosotros en este momento hacerlo; sin embargo, ofreceremos al final de esta conclusión una relación de síntomas que podrán identificar tal enfermedad.

Consideramos la culpa inconsciente e imaginaria como mucho más que un sentimiento. La conceptualizamos como un síntoma único - y en extremo complejo - que es el foco de la “infección”, el “virus” causante de la enfermedad, que de no ser detectado, puede causar la enfermedad durante toda la vida, como es el caso de los Distímicos. Cuando se trata a las enfermedades psicosomáticas únicamente con fármacos, en nuestra opinión, difícilmente se llega a la curación



justamente por permanecer la causa encubierta, inconsciente y peor aún, en lo imaginario inconsciente, donde una medicina tiene difícil acceso. El tratamiento farmacoterápico trata el síntoma y el tratamiento de la culpa inconsciente e imaginaria trata la causa. Si hiciéramos una investigación respecto a las curas por fármacos seguramente veríamos que se dieron en momentos en los que el propio individuo, por sí sólo operó un cambio en su vida interna, resultando de ello una mayor predisposición a la cura, incluso mejorando el sistema inmunológico.

### **La Culpa Inconsciente e Imaginaria**

Respecto a la culpabilidad, muchos autores distinguen diferentes tipos de culpa. Decidimos sintetizar las diferentes opciones en torno a dos tipos de culpa: una que es 'constructiva' y benéfica al individuo, que no enferma y otra que es 'destructiva' y maléfica al individuo, que enferma. En el desarrollar de la Tesis podrán encontrarse los diferentes enfoques y conceptualizaciones de los distintos autores. Nos limitaremos aquí a exponer únicamente las conclusiones finales.

El sentimiento de culpabilidad puede ser constructivo cuando ayuda al individuo a asumir las responsabilidades derivadas de su conducta. Tiene una función reparadora y reguladora, por lo que resulta útil. La culpa constructiva es consciente, no muestra resistencias es positiva, simbólica, adaptativa, es buena, en tanto está al servicio de la ley, y sirve como un mecanismo de alarma para mostrar que algo no está bien. Es producto de la internalización de la Ley. Un sentimiento

de no haber hecho lo suficiente por los demás o no haber producido lo suficiente. Produce pérdida de la valoración de sí mismo, baja autoestima, sentimiento de reparación, sentimiento de responsabilidad por haber violado las normas de comportamiento, es decir, la Ley. Tenemos en cuenta que la culpa edípica puede ser inconsciente, aunque “accesible”, y puede mostrar resistencias, aunque “removibles”, sus síntomas son más simbólicos que somáticos.

El sentimiento de culpa es destructivo, no es sano, cuando es difuso – ya que afecta a la totalidad imaginaria del Yo-, inoperante, inhibidor y pasivo, produciendo sólo autodepreciación, autopunición, autoagresión y autodestrucción. Esta es la culpa que tratamos en esta Tesis. Es lesiva porque enferma al sujeto o puede terminar destruyéndolo. Existe un conjunto de representaciones imaginarias e inconscientes que son el origen de la resistencia en el análisis y del sentimiento de culpabilidad inconsciente.

El sentimiento de culpabilidad se hace consciente únicamente en la labor analítica por ser inconsciente, imaginario y oriundo de la infancia. La culpa imaginaria es frecuente en la infancia cuando el Yo todavía no tiene claro la diferencia entre fantasía y realidad. El remordimiento se presenta como una naciente conciencia de culpa. El individuo puede considerarse culpado por un acto de violencia efectivamente realizado, como también de uno simplemente intencionado, estableciéndose una culpa inconsciente e imaginaria como producto

de creencias irracionales resultantes de la auto-evaluación que el propio Yo hace de sí mismo.

El origen del sentimiento de culpabilidad está más allá del miedo a la autoridad o al Superyo, de la ambivalencia entre amor y odio sentido por los padres. Está en el sentirse responsable por ser quien es.

Cuando en un momento de culpa, la persona concluye que algún factor interno es la causa de su fracaso, se siente inferior, incapaz, inadecuado, triste, angustiado. Se da cuenta de que su propio Yo está desprovisto de algo muy importante, y de esta manera empieza a cobrarse/exigirse, a preguntarse sobre el por qué “no soy diferente”, por que “no soy de tal manera”, etc. La cobranza por algo que no tiene dentro de sí o cree no tener irá desencadenar un proceso de culpa. Esto es lo que ocurre en el momento del trauma en que se establece en el Yo la culpa imaginaria.

Por ser el sentimiento de culpabilidad proveniente de sucesos traumáticos de la niñez, nos hace indagar sobre si su origen, en algunos casos, podría estar en el periodo de vida intra-uterina, trayendo únicamente a la superficie una culpa vivida por uno de los progenitores e introyectados por el bebé como siendo suya. ¿O en este período no tenemos suficiente *psique* como para ‘producir’ traumas? En esta tesis no nos hemos detenido en este enfoque, no obstante, queda apuntada la idea para un futuro trabajo de investigación. El

individuo entonces pasaría la vida adulta sintiéndose culpable sin saber el por qué y siendo vigilado por el Yo y condenado, acusado por el Superyo: “tu has hecho algo para que tu madre/padre te rechace, o, “tu eres poseedor de algo en ti como persona que ha hecho con que tus padres te rechazasen”. Y en verdad, estos serían sentimientos o resentimientos de la madre o el padre. Así el individuo terminaría volviendo la reflexión hacia sí mismo, concluyendo que él es el único responsable por el desamor, por el rechazo proveniente de madre/padre sintiéndose culpable por ser quien es. Este es el sentimiento de culpabilidad en cuanto responsabilidad por ser quien se es. En casos de rechazo al embarazo, tanto por parte del padre como de la madre, hemos visto alguna influencia directa.

Una de las primeras consecuencias de la culpa imaginaria es la decepción. En la decepción ocurre un vaciamiento de la imagen que el individuo poseía de sí mismo. El valor que la persona tenía de sí misma, sufre una decepción. Él pierde el concepto que imaginaba tener de sí. Mantener la culpa en “secreto”, esto es, inconsciente, es una manera de mantener el conflicto en “secreto” - como es el caso de la Distimia - el conflicto mantenido fuera del alcance de la consciencia, incrementando la preocupación y estimulando otros tantos síntomas consecuencia.

La culpa imaginaria se manifiesta por medio del sentimiento de inseguridad e inferioridad disminuyendo la autoestima, interfiriendo negativamente en la capacidad de correr riesgos, retardando decisiones y acciones.

Hace al individuo temer el futuro, mirar hacia sus deseos, hacia la muerte, hacia los errores. En respuesta al sentimiento de inferioridad, el paciente desarrolla un estilo peculiar de vencerlo y afirmarse frente a los demás demostrándose tímido, “buena gente”, cediendo su lugar al otro.

Hemos visto que también la falta de autoridad, la gran dificultad de decir “no”, falta de autoconfianza, depresión, compulsión alimentaria - en muchos casos para sentirse más culpados todavía -, ingenuidad, miedo en asumir su punto de vista, desconfianza, postergar decisiones importantes, evitar responsabilidades dejando este papel a los demás, son los síntomas consecuencia de este tipo de culpa.

El culpable inconsciente e imaginario se torna un hábil *protelador*, para aplazar el sufrimiento de una posible pérdida o abandono y evitar el sentirse culpable. Puede sufrir delirios persecutorios, ideas obsesivas y negación de la realidad. Reprime impulsos hostiles y estos estimulan otros síntomas como la psicopatización, la autoagresión.

Para la valoración de la culpa el clínico ha de situarla en el contexto cultural, religioso y social en el que se mueve el paciente. No basta sólo sentirse incapaz, con falta de valía o autoreprocharse, pero sí algo más intenso como una preocupación casi constante del paciente, es decir, los síntomas deben estar presentes diaria o casi diariamente.

La culpa se transforma en resistencia a la curación porque el individuo no quiere sucumbir al dolor de desvelar su implicación en el problema. Más bien que no querer curarse está el evitar que se revele su propia oscuridad, la oscuridad de la culpa que transforma a los hombres en malos elementos o en elementos perniciosos para la sociedad/otro y para sí mismos. Los culpables son rechazados por todo y todos, inclusive por ellos mismos. Son proscritos, impugnados, rechazados por la comunidad.

Los obstáculos a la curación de los culpables imaginarios se tornan más serios cuanto más manifiesta el analista esperanza de curación final o refuerza positivamente los progresos alcanzados. A esto se llama reacción terapéutica negativa originaria del sentimiento inconsciente de culpabilidad.

Es importante que el analista lo tenga en cuenta para que se prevenga contra este tipo de resistencia en no querer curarse, en seguir enfermo para continuar autoagrediendo como forma de preservar la infinitud no sólo del sufrimiento, del dolor, sino de lo “imperdonable”.

### **La Psicopatización y la Culpa Imaginaria**

La existencia de una lesión orgánica hace que el dolor físico sustituya el dolor del alma. Una enfermedad se establece para desviar la atención del verdadero motivo que conlleva el sufrimiento. Es cierto que cada individuo podrá

‘elegir’ un órgano específico para “depositar” allí sus culpas. Este sentimiento lleva a la desesperación por la infinitud que le conduce a una “muerte” en vida: la psicopatización.

Las enfermedades orgánicas y la depresión, que obnubilan la conciencia, son un intento de reconstrucción del Yo dañado por la culpa imaginaria. Este sentimiento provoca determinado nivel de tensión ocasionando serias consecuencias para el organismo: el cuerpo ya no tiene fuerza suficiente para producir ciertas ‘substancias químicas’ y tampoco para transmitir o captar los mensajes enviados por el cerebro. La crisis renal, el dolor lumbar y la obesidad son no sólo máscaras, sino formas fallidas de elaborar la culpa, de afrontarla: llenar el vacío, acallar la angustia, negar la falta del objeto y pagar la culpa provocando la compasión.

El cuerpo enferma para auxiliar en la elaboración de la culpabilidad o apenas para expurgarla de una manera más fácil, siendo útil para el paciente apenas como placebo porque en realidad el origen del trauma emocional no estaría resuelto y sí enmascarado.

Los órganos ‘elegidos’ por el culpable imaginario funcionan como protectores de sentimientos de inferioridad, incapacidad, indecisión, impotencia. La culpa entra en el órgano como dolor psíquico transformándose en dolor físico para que tal sufrimiento sea reducido a un grado de soportabilidad. Sería este el

carácter más pernicioso y negativo del sentimiento de culpabilidad, apoyando la hipótesis de que la culpa inconsciente e imaginaria influye directamente en el origen y agravación de una enfermedad psíquica u orgánica. En el caso del Sr. G., los objetos elegidos para recordarle el dolor por el parricidio, fueron el estómago y los riñones. En el caso de Dostoyevski, los objetos representativos del dolor del parricidio, aparte de sus obras y sus personajes, fueron los desmayos, las crisis de epilepsia y las pesadillas donde retornaban las personas muertas.

La culpa imaginaria puede servir como un inhibidor de la agresividad, y como tal estresar el cuerpo hasta somatizar la culpa como forma de autopunición. La culpa puede deteriorar el cuerpo de la misma manera que deteriora el alma. El individuo sólo consigue inhibir la agresividad cuando la introyecta, la internaliza y la envía de vuelta al propio Yo. Pasarla para el cuerpo es como introyectarla.

Las psicopatizaciones surgen en respuesta a situaciones extremas en que, acorralado, el sujeto utiliza recursos biológicos inhabituales. Las piedras formadas en los riñones y expelidas en momentos de gran ansiedad eran la expresión del deseo del sujeto de libertarse del peso que le producía el sentimiento de culpabilidad. Las “partículas” que le penetraban en el cuerpo eran “fragmentos” de culpa imaginaria que estaban alojándose en los riñones. El análisis sirvió para que llegásemos al problema que se somatizaba en los riñones y el dolor lumbar: el sentimiento de culpa imaginario.



El factor decisivo de este análisis es el predominio de la función del Imaginario, cuyo propósito es sustituir la responsabilidad por lo real, es reproducir lo banal en función de lo Imaginario.

La labor analítica demostró las diferentes maneras de alivio de culpa: coartar la culpa eliminándola por la orina a través del cálculo renal; “digerir” la culpa comprometiendo el principal órgano del aparato digestivo para cumplir este objetivo; y, utilizar a los riñones inconscientemente para limpiar, filtrar y reabsorber el aporte emocional de la culpabilidad.

Como habíamos mencionado al principio, relacionamos aquí una serie de síntomas - sin pretensión alguna de dictar ‘normas’- como un intento de encuadrar el “Trastorno por Culpabilidad Inconsciente e Imaginaria” u objetivar el cómo se manifiesta la culpa inconsciente e imaginaria con el propósito de diagnosticarla con mayor facilidad:

1. Estado de profundo malestar causado por tensión intrapsíquica.
2. Perturbaciones psicosomáticas.
3. Sufrimiento continuo (como en el caso de Distímia (¿Sería el sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario el causante de este trastorno?))
4. Provoca situaciones adversas, en relación a las que le gustaría en realidad.
5. Compulsión repetitiva: comete actos compulsivamente sin que lo desee intencionalmente.
6. Agresividad – principalmente sin causa aparente.
7. Impide la satisfacción de las pulsiones.
8. Ansiedad
9. Miedos: Miedo a arriesgarse, miedo a lo nuevo, miedo de errar, miedo a que

las personas descubran su lado oscuro, miedo de imponerse a las personas
10. Sentimiento de pérdida.
11. Sentimiento de renuncia.
12. Apatía.
13. Depresión (incluyendo el cuadro sintomático)
14. Malhumor.
15. Irritabilidad.
16. Impele a la mala acción para que ésta le traiga la punición.
17. Proveniente de hechos traumáticos de la niñez.
18. Baja autoestima,
19. Sentirse objeto de desamor
20. Inseguridad
21. Sentimiento de inferioridad.
22. Sentimiento de impotencia.
23. Sentimiento de incapacidad.
24. Indecisión.
25. Falta de confianza en sí mismo.
26. Dificultad en manifestar sus deseos.
27. Falta de iniciativa.
28. Miedo al rechazo
29. Temores de no ser amado
30. Dificultad para relacionarse con las personas de forma duradera.
31. Miedo al abandono
32. Suele responsabilizar a los demás como una manera de no asumir la responsabilidad sobre sus actitudes.
33. Insatisfacción con su propia conducta
34. Idea de que alguna catástrofe podría ocurrir.

Como se pudo ver, cada uno de los apartados de esta tesis, por su amplitud, abre recorridos que merecerían ser destacados y profundizados en futuros trabajos de investigación.

Esta tesis tuvo como objetivo establecer la correspondencia entre la estructura narcisista originaria de la culpa postulada teóricamente y la estructura encontrada a partir del análisis de los textos.

En este momento de conclusión de las investigaciones respecto a la culpa inconsciente e imaginaria diría que la culpa emana de la rebelión del Yo Real contra el Yo Ideal que fue construido para soportar el dolor de no ser exactamente aquello que le gustaría ser.

Modestamente me uno a los grandes culpólogos - como un grano de arena que contribuye a formar la playa - como Kierkegaard, Dostoyevski, Freud, Melanie Klein, Castilla Del Pino, con el propósito de añadir algo más al estudio de tan excitante, fustigante y destructivo sentimiento. En ausencia del análisis del sentimiento de culpabilidad inconsciente e imaginario quizás muchos individuos seguirían en sus desesperaciones y enfermedades.

## VI. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ABERASTURY, Arminda. 1979. *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*, Editorial Paidós: Buenos Aires. Trad. Portugués 1982: *Psicanálise de Crianças – teoria e técnica*, Editora Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil
- ABC'S OF THE HUMAN BODY, (1993-1995) The Reader's Digest Association, INC., Pleasantville, N.Y., USA. Trad. Español 1996: *ABC del Cuerpo Humano*, Selecciones de Reader's Digest, Madrid.
- ABRAMSON, SELIGMAN Y TAESDALE 1995. "El modelo reformulado de la indefensión". En M.D. Avia y Sanchez, M.L. *Personalidad*. Piramide: Madrid, España.
- AKISKAL, H.S. 1994: "Dysthymia: clinical and external validity". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 383): 19-23.
- AKISKAL, H.S. 1983: "Dystymic Disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes". *American Journal Psychiatry*, 140:1, 11-20.
- ALEXANDER, Franz. 1987. *Psychosomatic Medicine – Its Principles and Applications*. W.W. Norton & Company, Inc.: New York. Trad. Portugués 1989: *Medicina Psicossomática, princípios e aplicações*, Artes Medicas: Porto Alegre, Brasil.
- AMÂNCIO, Edson. 1998. *Personagens Diabólicos em Dostoyevski*. Unidade Editorial: Porto Alegre, Brasil.
- ARBAN, Dominique. 1953. *Le Coupable*. Editora René Julliard: París, Francia.
- ARBAN, Dominique. 1962. *Dostoyevski*. Editions Du Seuil, París, Francia. Trad. Portugués: 1989. *Dostoyevski*. José Olympio Editora S.A., Colección Escritores de Siempre: Rio de Janeiro, Brasil.
- ÁVILA-ESPADA, A. 1995. Proceso psicossomático y personalidad: consideraciones desde las técnicas proyectivas temáticas. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, N° 8, 1995, pp.60-78.

- BECK, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; y Emery, G.1983. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Editorial Desclee de Brouwer S.A.: Bilbao.
- BECK, A.T.; SCOTT, J.; WILLIAMS, J.M.G. y cols. 1992: *Cognitive Therapy in Clinical Practice - An Illustrative Casebook*. Routledge: New York. Trad. Portugués 1994: "Terapia Cognitiva na Prática Clínica" - Um Manual Prático. Editora Artes Médicas: Porto Alegre.
- BERRIOS, G.E.; Bulbena, A.; Bakshi, N.; Dening, T.R.; Jenaway, A.; Markar, H.; Martin-Santos, R. y Mitchell, L.S. 1992. "Feelings of guilt in Major Depression". *British Journal of Psychiatry*. Vol 160, 781-787.
- BIBRING, E. 1953. *The mechanism of depression*. En P. Greenacre (comp). *Affective Disorders (El Mecanismo de la Depresión, en Perturbaciones de la Afectividad)*. New York: International Universities Press.
- BERRIOS, G.E.; BULBENA, A.; BAKSHI, N.; DENING, T.R.; JENAWAY, A.; MARKAR, H.; MARTIN-SANTOS, R. y MITCHELL, L.S. 1992. "Feelings of guilt in Major Depression". *British Journal of Psychiatry*. Vol 160, 781-787.
- BLEICHMAR, Hugo. 1997. *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Paidós: Barcelona, España.
- BLEICHMAR, Hugo. B. y DIO BLEICHMAR, Emilce 1988. *La Depresión: un estudio psicoanalítico*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- BLOCH, A.L.; SHEAR, M.K.; MARKOWITZ, J.C.; LEON, A.C.; and PERRY, C. 1993. "An Empirical Study of Defense Mechanisms in Dysthymia". *American Journal Psychiatry*, 150: 1194-1198.
- BODYWORKS, Softkey Multimedia Inc. Windows. (1993 - 1995). Corp. Sound Blaster.
- BOYCE, P.; PARKER, G.; HICKIE, H.; WILHELM, K.; BRODATY, H.; and MITCHELL, P. 1990. "Personality Differences Between Patients with Remitted Melancholic and Nonmelancholic Depression". *American Journal Psychiatry*, 147:11, 1476-1483.
- BRANDEN, Nathaniel. 1983. *Honoring the Self. The Psychology of Confidence and Respect*, Brantam. Trad. Español 1997: *El Respeto Hacia Uno Mismo*. Paidós: Barcelona, España.
- BUCH, M. 1989. "The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy". *Bull Menninger Clinical*. Mar; 53(2):97-107.

- CAPAFONS, A y AMIGÓ, S. 1997: "Hipnosis y terapia de autorregulación", Cap 16, en *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1991. *La Culpa*. Alianza Editorial S.A.: Madrid, España.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. 1998. *El Delirio, un Error Necesario*. Ediciones Nobel: Oviedo, España.
- CHAMORRO, Jorge; NEMIROVSKY, Frida y otros. 1996. "Estructura de la Culpa". Uno Por Uno, *Revista Mundial de Psicoanálisis*, nº 43, p. 39-70. Eolia: Barcelona, Argentina.
- CHEMAMA, ROLAND 1993. *Dictionnaire de la psychanalyse: dictionnaire actuel des signifiants, concepts et mathèmes de la psychanalyse*, Larousse. Trad. portugués 1995: *Dicionário de Psicanálise Larousse*. Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.
- CONDRAU, Gion. 1962. *Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie*, Verlag Huber, Bern. Trad. Español 1968: *Angustia y Culpa*, Problemas fundamentales de la psicoterapia. Editorial Gredos, Madrid, España.
- CORRAL, Susana, OTERO, J. BARRENETXEA, A. y LANDETA, O. 1988. "Información y Test de Conocimiento Culpable en la Detección del Engaño". *Psicológica*, 19, 187-199.
- CRASILNECK, H. B., y HALL, J. A. 1985. *Clinical Hipnosis: Principles and Applications*, Grune & Stratton, Inc.: Orlando, USA.
- DEPRATI, Dora. 1998. "Un Caso Clínico de Sometimiento Masoquista a Personajes Patológicos". *Clínica y Salud*, vol. 9 nº 2 – págs. 519-531.
- DIAGNOSTIC CRITERIA FROM DSM-IV. 1994. American Psychiatric Association: Washington, D.C., USA. *DSM IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. 1995. Masson S.A.: Madrid, España.
- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS 1996. Masson S. A., 13ª ed.: Barcelona
- DÍEZ PATRICIO, Antonio. 1997. "La obra psiquiátrica de Castilla del Pino". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVII, nº 61, pp. 11-36.

- DOR, Joël 1985 *Introdução à Leitura de Lacan*. Estrutura do Sujeito. Vol. 2, Cap. 1 y 2. Artes Medicas. Serie Discurso Psicanalítico: Porto Alegre, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1880. *Bratia Karamázovi*. Trad. Portugués 1953: *Os Irmãos Karamázovi*. Jose Olympio Editora, 3 Vol: Rio de Janeiro, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1872. *Los Endemoniados*. Trad. Portugués 1954: *Os Demônios*. 1º volumen, José Olympio Editora: Porto Alegre, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1867. *El Jugador*. Trad. Portugués 1972: *O Jogador*, Organização Editorial Brasileira: São Paulo, Brasil. 1987: *O Jogador*, Editora Bertrand Brasil: São Paulo, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1875. *El Adolescente*. Trad. Portugués 1983: *O Adolescente*. En *Aquí e agora - introducción biográfica*. Global Editora: São Paulo, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1866. *Prestuplenie i Nakazanie*. Trad. Port. 2002: *Crime e Castigo*. Editora Nova Cultural: São Paulo, Brasil.
- DOSTOYEVSKI, F. M. 1960. *Historias Dramáticas*. En introducción biográfica *Os Caminhos de Dostoyevski*. Editora Cultrix: São Paulo, Brasil.
- DSM-IV *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 1994. American Psychiatric Association: Washington, D.C, USA. Trad. Portugués 1995: *DSM-IV Manual Diagnostico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. Artes Medicas, 4ª ed.: Porto Alegre, Brasil.
- DURAND, Gilbert. 1969. *Les structures antrophologiques de l'imaginaire. Introduction à l'archetypologie générale*. Écrits. Dunod: París, Francia. Trad. 1992: *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*.
- ENCARTA 96 *ENCYCLOPEDIA*. 1993-1995 Microsoft Corporation. © Funk & Wagnalls Corporation.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Problemática del Cambio de Valores en la Mujer". *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 45 (1), 91-101.
- ETXEBARRIA, I. 1992. "Sentimientos de Culpa y Abandono de los Valores Paternos". *Infancia y Aprendizaje*, 1992, 57, 67-88.
- FADIMAN, James y FRAGLE, Robert. 1976 *Personality and Personal Growth*. Harper & Row, Publishers, Inc. Trad. Portugués 1979: *Teorias da Personalidade*, Harper & Row do Brasil: São Paulo, Brasil.

- FLANNERY, J. J. 1990. "Guilt: a crisis within a crisis". *Journal Neuroscience Nursing*. Apr; 22(2):92-9. Florida State University, School of Nursing, Tallahassee.
- FORNARI, Bianca y MUSATTI, Cesare. 1979. "Freud Dopo 40 Anni". *Corriere della Sera Illustrato*, 26-5, Anno 3 – Numero 21.
- FREEMAN, H.L. 1994: "Historical and nosological aspects of dysthymia". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 383): 7-11.
- FREUD, Sigmund. 1887. "Los orígenes del psicoanálisis". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1888. "Prólogo y Notas al Libro de Bernheim". 1968: *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1891. "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1892. "Un Caso de Curación Hipnótica", en "Artículos Varios", *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1895. "Estudios sobre la histeria". Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1900. "La interpretación de los sueños". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1901. "Psicopatología de la vida cotidiana". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1905. "Análisis fragmentario de una histeria" (Caso Dora). Sigmund Freud: *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.



- FREUD, Sigmund. 1905. "Tres Ensayos para una Teoría Sexual". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1905. "Psicoterapia (Tratamiento por el Espíritu)", en "Artículos Varios". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1908. "Sobre las teorías sexuales infantiles". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1908. "Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1910. "Un recuerdo Infantil de Leonardo de Vinci", *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1912. "Tótem y tabú". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1914. "Introducción al Narcisismo". Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1914. "Recuerdo, Repetición y Elaboración". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1915. "Psicoanálisis aplicado". II "Nuestra actitud ante la muerte". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1915. "Los instintos y sus destinos". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.

- FREUD, Sigmund. 1915. "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte". (II) *Nuestra Actitud ante la muerte. Obras Completas*. En Freud Total 1.0, Ediciones Nueva Hólade, 1995.
- FREUD, Sigmund 1916. "Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica". (III) *Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad. Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade, 1995.
- FREUD, Sigmund. 1916. "Los que fracasan al triunfar", II. *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1919. *Lo Siniestro*. Trad. (1991-1993): *Obras Completas*, en Freud Total 1.0, Multimedia Viewer, versión 2.0, Microsoft Corp., Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1920. "Más allá del principio del placer". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1920. *Enamoramamiento e hipnosis*. Sigmund Freud: *Obras mpletas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1921. "Psicología de las masas y análisis del Yo". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1922. "Observaciones sobre el inconsciente". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1923. "El Yo y el Ello". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1923. "Las Servidumbres del Yo", V. *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1925. "Inhibición, Síntoma y Angustia". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.

- FREUD, Sigmund. 1927. "Dostoyevski y el parricidio". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1927. "El porvenir de una ilusión". *Obras Completas*. <<Freud Total>>(1990-1993). Versión electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FREUD, Sigmund. 1929. "El Malestar en la Cultura". *Obras Completas*. Biblioteca Nueva: Madrid, España. 1990-1993: *Obras Completas*. <<Freud Total 1.0>>. Vers. electrónica 2,0. Microsoft Corp. Ediciones Nueva Hólade.
- FROMM, Erich. 1959. *Sigmund Freud's Mission*. Harper & Row Publishers: New York, USA. Trad. Portugués 1976: *A Missão de Freud, uma análise de sua personalidade e influência*. 3ª ed., Zahar Editores, Rio de Janeiro, Brasil.
- FROMM, Erich. 1979. *Greatness and Limitations of Freud's Thought*. Trad. Portugués 1980: *Grandeza e Limitações do Pensamento de Freud*. Zahar Editores, Rio de Janeiro.
- GAY, Peter. 1989. *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Paidós: España.
- GOLDBERG, D.P. 1978. *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ)*. Masson: Madrid.
- GONZÁLES-ROMÁ, V.; PEIRÓ, J. M.; LUANA, R.; BAEZA, J. A.; ESPEJO, B. y MUÑOZ, P. 1991. *Psicológica*. Vol. 12, 119-129.
- GOODWIN, Donald W. y GUZE, Samuel B. 1979. *Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, Inc.: New York/Oxford. Trad. Portugués 1981: *Diagnóstico da Doença Mental*. Editora Artes Médicas: Porto Alegre, Brasil.
- GREGORY, Richard L. (ed) 1987. *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford University Press, Reino Unido. Trad. Español 1995: *Diccionario Oxford De La Mente*. Alianza Editorial, S. A.: Madrid, España.
- GRINBERG, L. 1994. *Culpa y Depresión*. Alianza Universidad: Madrid.
- GROSSKURTH, Phyllis. 1986. *Melanie Klein: her word and her work*. Trad. Portugués 1992: *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*. Imago: Rio de Janeiro, Brasil.

- HAAGA, D.A. Y BECK, A.T. 1993. "Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapias cognitivas". *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HALEY, Jay. 1986. *The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays*. The Triangle Press, second edition. Trad. Portugués 1993: *As Táticas e o Jogo de Poder de Jesús Cristo e outros ensayos*. Editorial Nórdica: Rio de Janeiro, Brasil.
- HINSHELWOOD, R.D. 1991. *A Dictionary of Kleinian Thought*. Trad. portugués 1992: *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Artes Medicas: Porto Alegre, Brasil.
- HOFSTEDE, G. 1994. Foreword. En U. Kim, H. C. Triandis, Ç. Kagitçibasi, S.-C. Choi y G. Yoon (Eds.). *Individualism and collectivism: theory, method, and applications*. Sage Publications: Thousand Oaks, CA.
- HOWLAND, R.H. and THASE, M.E. 1991. "Biological Studies of Dysthymia". *Biological Psychiatry*, 1, 30: 283-304.
- JAMPOLSKY, M.D., Gerald G y cols. 1985. *Goodbye to Guilt*. Bantam Books, New York, USA. Trad. Español 1992: *Adiós a la Culpa. La magia del perdón*. Los libros del Comienzo: Madrid, España.
- JARAMILLO, Javier. "El Sentimiento de Culpa, el Superyo y la Pulsión de Muerte". *Revista Colombiana de Psicología*. Publicación Dep. de Psicología de la UNC, MCMXCII, N°1, pág. 30 - 37.
- JONES, Ernest. 1961. *The Life and Work of Sigmund Freud*, Basic Books Publishing Co., Inc. Trad. Portugués 1979: *Vida e Obra de Sigmund Freud*. Zahar, 3ª edición: Rio de Janeiro, Brasil.
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. y GREBB, Jack A. 1994. *Synopsis of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. Trad. Español 1996: *Sinopsis de Psiquiatría*. Panamericana: Madrid, España.
- KAUFMANN, PIERRE. 1993. *L'apport freudien: Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, Éditions Bordas: París, Francia. Trad. portugués 1996: *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O Legado de Freud e Lacan*. Primeiro Grande Dicionário Lacaniano. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- KAUFMANN, Pierre 1996. *Primeiro Grande Dicionário Lacaniano*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- KELEMAN Stanley. 1985. *Emocional Anatomy - The Structure of Experience*, Trad. Port. 1992: *Anatomia Emocional*. Summus Editorial: São Paulo, Brasil.

KIERKEGAARD, Sören Aabye. 1849. *Sygdommen til Døden*. Trad. Español D. Gutiérrez Rivero 1969: *La enfermedad Mortal - O de La Desesperación y el Pecado*. Ed. Guadarrama, Colección Obras y Papeles de Sören Kierkegaard, 7: Madrid, España.

KLEIN, Melanie; HEIMANN, Paula; ISAACS, Susan; RIVIERE, Joan. 1952. *Developments in Psycho-Analysis*, The Hogarth Press Ltd.: London. Trad. Portugués 1978: *Os Progressos da Psicanálise*. Zahar, 2ªed.: Rio de Janeiro, Brasil.

- \_\_\_\_\_ Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé;
- \_\_\_\_\_ Sobre la observación del comportamiento de los bebés;
- \_\_\_\_\_ Sobre la teoría de la ansiedad y culpa;
- \_\_\_\_\_ Notas sobre algunos mecanismos esquizoides.

KLEIN, Melanie. 1975. *Love, guilt and reparation and other works*. Trad. Portugués 1996: *Obras Completas de Melanie Klein. Vol. I - Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Imago: Rio de Janeiro, Brasil.

- \_\_\_\_\_ 1921 El desarrollo de un niño.
- \_\_\_\_\_ 1923 El análisis de niños pequeños.
- \_\_\_\_\_ 1926 Principios psicológicos del análisis de niños pequeños.
- \_\_\_\_\_ 1927 Simposio sobre análisis de niños.
- \_\_\_\_\_ 1927 Tendencias criminosas en niños normales.
- \_\_\_\_\_ 1928 Estadios iniciales del conflicto edipiano.
- \_\_\_\_\_ 1930 La importancia de la formación de símbolos en el desenvolvimiento del yo.
- \_\_\_\_\_ 1933 El desenvolvimiento inicial de la conciencia del niño.
- \_\_\_\_\_ 1934 Sobre la criminalidad.
- \_\_\_\_\_ 1935 Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos.
- \_\_\_\_\_ 1937 Amor, culpa y reparación.
- \_\_\_\_\_ 1940 El duelo y sus relaciones con los estados maniaco-depresivos.
- \_\_\_\_\_ 1945 El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades arcaicas.

KLEIN, Melanie. 1974. *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*, Obras Completas, Tomo III, Editorial Paidós: Buenos Aires. Argentina. .

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1969. *On Death and Dying*. Trad Portugués 1989: *Sobre a Morte e o Morrer*, Martins Fuentes: São Paulo, Brasil.

- LACAN, Jacques. 1975. *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre I: Les écrits techniques de Freud, 1953-1954*. Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1981: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro I: Los Escritos Técnicos de Freud, 1953-1954*. Ediciones Paidós: Barcelona.
- LACAN, Jacques. 1977. *Las formaciones del inconsciente: "Jacques Lacan y la estructura del inconsciente"*, por Jan Miel. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- LACAN, Jacques. 1991. *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XVII: L'envers de la psychanalyse*. Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1992: *Para Além do Complexo de Édipo. O Seminário. Libro 17: O Avesso da Psicanálise, 1969-1970*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- LACAN, Jacques. 1949. "Le stade du mirror comme formateur de la fonction du je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique", *Écrits*, Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1998: *O estádio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*. En: *Escritos, 1936-1966*. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- LACAN, Jacques. 1975. *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XX: Encore, 1972-1973*, Éditions du Seuil: París. Trad. Portugués 1985: *El Amor y el Significante*. En: *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 20: Aun, 1972-1973*, Paidós: Barcelona.
- LACAN, Jacques. 1973. *El Seminario 11: "Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis"*. Ed Paidós: Buenos Aires, Argentina.
- LAHORTIGA, F.; CERVERA, S. y BLANCO, A. 1994. "La personalidad en la enfermedad depresiva". *Revista de Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 21, 5, 119-125.
- LAPIERRE, Y.D. 1994. "Pharmacological therapy of dysthymia". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 383): 42-48.
- LAPLANCHE, Jean. 1961. *Hölderlin et la question du père*. Presses Universitaires de France: París, Francia. Trad. Portugués 1991: *Hölderlin e a questão do pai*. Jorge Zahar Editor Ltda: Rio de Janeiro, Brasil.
- LAPLANCHE J. y Pontalis, J. 1967. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Presses Universitaires de France: París, Francia. Trad. Portugués 1983: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes, 7ª ed.: São Paulo, Brasil. 2000: *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes: São Paulo, Brasil.

- LAPLANCHE J., y Pontalis, J. 1981. *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor: Barcelona, España.
- LOPEZ IBOR, J.J., FRANCES, A.; JONES, C. 1994. "Dysthymic disorder: a comparison of DSM-IV and ICD-10 and issues in different diagnosis". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 383): 12-18.
- MALDONADO, M. T. P. 1989. *Comunicação Entre Pais e Filhos, a linguagem do sentir*. 12ª edición. Editora Vozes: Petrópolis, Brasil.
- MEZAN, Renato. 1998. *Escrever a Clínica*. Casa do Psicólogo: São Paulo, Brasil.
- MEZAN, Renato. 1998. *Tempo de Muda, ensaios de psicanálise*. Companhia das Letras, Editora Schwarcz Ltda.: São Paulo, Brasil.
- MOSHER, D. L. 1979. "The meaning and measurement of guilt". En C.E. Izard (Ed). *Emotions in personality and psychopathology*. Plenum Publishing Corporation: New York.
- MUNTANÉ, M. D. 1994. *La Menopausia*. ICARIA: Barcelona, España.
- MURRAY, H. A. 1975. *Manual del Test de Apercepción Psicossomática*. Buenos Aires.
- MURRAY, H. A. 1958. *Test de Apercepción Psicossomática*. Paidós, 2ª ed.: Buenos Aires.
- NASIO, J.D. 1994 *Introduction aux oeuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Éditions Payot & Rivages: París, Francia. Trad. Portugués 1995: *Introdução às Obras de Freud - Ferenczi - Groddeck - Klein - Winnicott - Dolto - Lacan*. Jorge Zahar Editor: Río de Janeiro, Brasil.
- NAVARRO-BELTRÁN, Estanislao (coord.) 1996. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Masson, S. A., 13ª ed.: Barcelona, España. Primera edición: 1918.
- NICK, Eva. 1983. "Culpa ou Preocupação?". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Fundação Getúlio Vargas, Río de Janeiro, Brasil. Vol. 35 (3): 105 – 130, Jul./ Set.
- NICK, Eva y CABRAL, A. 1979. *Dicionário Técnico de Psicologia*. Editora Cultrix, 2ª ed.: São Paulo, Brasil.
- NOLEN-HOEKSEMA, S.; MORROW, J. Y Frederickson, B.L. 1993: "Response Styles and the Duration of Episodes of Depressed Mood". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 102, 20-28.

- ORTÍZ DE ZÁRATE, Amaya. 1996. "La Psicología del Arte de Vigotsky: Los límites de la Psicología Cognitiva". *Trama & Fondo: Lectura y Teoría del Texto*, N° 3, 27-43.
- ORTÍZ DE ZÁRATE, Amaya. 2001. "El Legado Oscuro de la Culpa". *Trama & Fondo – Lectura y Teoría del Texto*. N° 10, Primer Semestre, p. 90-92.
- ORTIZ DE ZÁRATE, Amaya. 1997. "Psicótico o Psicópata". *Trama & Fondo* n° 2, Madrid.
- PAYKEL, E.S. 1994. "Psychological therapies". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 383): 35-41.
- PHILLIPS, K.; GUNDERSON, J.; HIRSCHFELD, R.; SMITH, L. 1990: "A Review of the Depressive Personality". *American Journal Psychiatry*, 147:7, 830-837.
- REQUENA, Jesús González. 1996. *El Texto: Tres Registros y una Dimensión*. Texto publicado en Trama&Fondo n° 1, Madrid.
- ROF.CARBALLO, J. 1955. *Patología Psicosomática*. Editorial Paz Montalvo: Madrid, España.
- ROSSI, Ernest Lawrence. 1993. *The psychobiology of mind-body healing – New concepts of therapeutic hypnosis* Trad. Portugués 1994: *A Psicobiología de Cura Mente-Corpo*. Editorial Psy II: São Paulo, Brasil.
- ROUDINESCO, Elisabeth y PLON, Michel. 1997. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Librairie Arthème Fayard: París, Francia. Trad. Portugués 1998: *Dicionário de Psicanálise*, Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, Brasil.
- ROUDINESCO, E. 1995. *Jacques Lacan*. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Anagrama: Barcelona.
- SAMI-ALI. 1987. *Penser le Somatique: Imaginaire et pathologie*, Bordas, París, Francia. Trad. Portugués 1995: *Pensar o Somático: Imaginário e Patologia*. Casa do Psicólogo: São Paulo, Brasil.
- SANZ, J. y VÁZQUEZ, C. 1992. Trastornos Depresivos (II) Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En: *Manual de Psicopatología*. Valencia, España. Ed A. Belloch. (Vol 2).
- SARIS, W. E. y STRONKHORST, L. H. 1984. *Causal modelling in nonexperimental research*. Amsterdam, The Netherlands: Sociometric Research Foundation.



- SEGAL, Hanna. 1973. *Introduction to the Work of Melanie Klein*. The Hogarth Press: Trad. Portugués 1975: *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Imago: Rio de Janeiro, Brasil.
- SENRA, C. y HERESI, E. 1995: "Utilidad de dos autoinformes para diferenciar entre pacientes con depresión mayor y pacientes con distimia". *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna*, 22, 36-41.
- SILVESTRE, M. 1985. "El Sentimiento de Culpa". *Analítica, Escuela del Campo Freudiano de Caracas*. Caracas, Venezuela. N° 6 y 7 Enero - Diciembre.
- SOIFER, Raquel. 1978. *Psicodinamismos de la Familia con Niños*. Trad. Portugués 1983: *Psicodinamismos da Família com Crianças*. Terapia familiar com técnica de jogo, Editora Vozes: Petrópolis, Brasil.
- SPITZ, René A. 1965. *The First Year of Life*. International Universities Press, Inc. Trad. Portugués 2000: *O Primeiro Ano de Vida*, Martins Fontes, 2ª ed. 2ª tiragen: São Paulo, Brasil.
- STRATHERN, Paul. 1997. *Kierkegaard in 90 minutes*. Ivan R. Dee: Chicago, USA. Trad. Portugués 1999: *Kierkegaard em 90 minutos*. Jorge Zahar Editor Ltda.: Rio de Janeiro, Brasil.
- TANGNEY, J. P.; WAGNER, P. y GRAMZOW, R. 1992. "Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology". *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 101, No.3, 469-478.
- TANGNEY, J. P. 1993. "Shame and Guilt". En I. B. Weiner (Ed.), *Syntoms of Depression*, A Wiley-Interscience Publication: New York.
- TELLENBACH, H. 1974. *Melancholie*. Springer-Verlang: Berlín. Trad. Español 1976: *La Melancolía - Visión histórica del problema: endogeneidad, tipología, patognomia y clínica*. Ediciones Morata. (Cap III): Madrid, España.
- VÁZQUEZ, C. y RING, J. 1996. "Estrategias de Afrontamiento ante la Depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID)". *Psicología Conductual*, vol 4, nº1.
- VÁZQUEZ, C. y SANZ, J. 1995. Trastornos del estado de animo (I). En Belloch, A. (Ed) *Manual de Psicopatología*. Madrid, España. McGraw-Hill.
- VIETA, E.; COLOM, F.; MARTINEZ, A.; JORQUERA, A.; GASTÓ, C. 1996. "Utilidad de la psicoeducación en el abordaje de los trastornos bipolares". *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barna*, 23, 4, 82-93.

- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M. y LEIRER, V. O. 1983. "Development and validation of a Geriatric depression screening scale: preliminary report". *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.
- WATKINS, J.G., y WATKINS, H. (1983). "Hypnotherapy", en C.E. Walker (ed), *The Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research and Practice*, Illinois, Dow Jones-Irwin.
- WEISSMAN, M.M; LEAF, P.J.; BRUCE, M.L. and FLORIO, L. 1988: "The Epidemiology of Dysthymia in Five Communities: Rates, Resks, Comorbidity and Tratament". *American Journal Psychiatry*, 145:7, 815-819.
- WORTMAN, C.B. y SILVER, R.C. 1996: "The Myths of Coping with loss". *Journal of Vonsulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- ZABALEGUI RODRÍGUEZ, Luis. 1989. "Criterios diferenciales del sentimiento de culpa normal y patológico". *Psiquis*. Vol. X, 27-32.
- ZABALEGUI RODRÍGUEZ, Luis. 1997. *¿Porque me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.: Bilbao, España.
- ZIMERMAN, David E. 2001. *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Artmed Editora: Porto Alegre, Brasil.